



ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE
FAKULTA BIOMEDICÍNSKÉHO INŽENÝRSTVÍ
Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva

Název bakalářské práce:

**Vývoj sociálně patologických jevů na území
Středočeského kraje z pohledu Zdravotnické
záchranné služby**

**The development of socio-pathological phenomena in
the Central Bohemia Region in terms of Emergency
medical services**

Studijní program: Ochrana obyvatelstva

Studijní obor: Plánování a řízení krizových situací

Autor bakalářské práce: Martina Kindlová

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Jana Šeblová, Ph.D

Kladno 2016

Zadání bakalářské práce

Student: **Martina Kindlová**
Obor: Plánování a řízení krizových situací
Téma: **Vývoj sociálně patologických jevů na území Středočeského kraje z pohledu Zdravotnické záchranné služby**
Téma anglicky: The Development of Socio-Pathological Phenomena in the Central Bohemia Region in Terms of Emergency Medical Services

Zásady pro vypracování:

Cílem bakalářské práce bude zachytit vývoj a rozsah sociálně patologických jevů a zjištěné výsledky porovnat s osobními zkušenostmi zdravotnických záchranářů. Teoretická část bude zaměřena na seznámení s pojmem sociálně patologických jevů ve společnosti a na jejich typické projevy. Pro velkou obsáhlou tématu bude práce zaměřena především na alkoholismus, drogovou závislost a bezdomovectví. Dále budou nastíněny možnosti prevence, bezprostřední krizové intervence a dlouhodobé sociální a psychologické pomoci.

V praktické části bude zmapován vývoj nejčastějších patologických jevů v rozmezí posledních let, zachycených Zdravotnickou záchrannou službou Středočeského kraje. Bude využita metoda sběru statistických dat ve zdravotnické dokumentaci a jejich analýza. Dále bude provedeno průzkumné šetření u nejméně 50 zdravotnických záchranářů Středočeského kraje pomocí anonymního nestandardizovaného dotazníku. Následně bude provedena komparace námi dosažených výsledků s výsledky jiných autorů. Nejdůležitější závěry budou obsahem semináře pro pracovníky záchranných služeb.

Seznam odborné literatury:

- [1] FISHER, Slavomil a ŠKODA, Jiří, Sociální patologie: Závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení, ed. 2. rozšířené a aktualizované vydání, Praha: Grada Publishing, a.s., 2014, 232 s., ISBN 978-80-247-5046-0
- [2] NEŠPOR, Karel a MARHOUNOVÁ, Jana, Alkoholici, fetišci a gambleři, ed. 1., Praha: Empatie, 1995, 110 s., ISBN 80-901618-9-8
- [3] KALINA, Kamil a kol., Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup, ed. 1., Úřad vlády České republiky, 2003, 343 s., ISBN 80-86734-05-6

zadání platné do: 11.09.2017

Vedoucí: MUDr. Jana Šeblová, Ph.D.

vedoucí katedry / pracoviště

děkan

V Kladně dne 22.02.2016

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci s názvem *Vývoj sociálně patologických jevů na území Středočeského kraje z pohledu Zdravotnické záchranné služby* vypracovala samostatně a použila k tomu úplný výčet citací použitých pramenů, které uvádím v seznamu přiloženém k bakalářské práci.

Nemám závažný důvod proti užití tohoto školního díla ve smyslu § 60 Zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon).

V Berouně dne 19. 4. 2016

.....

Martina Kindlová

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji MUDr. Janě Šeblové Ph.D., za její cenné rady a připomínky při vedení bakalářské práce. Poděkování patří také Bc. Patriku Merhautovi za poskytnutí a pomoc se zpracováním statistických dat ZZS SČK a v neposlední řadě také výjezdovým posádkám ZZS SČK, které ochotně vyplnily dotazník a tím přispěly k vytvoření praktické části bakalářské práce.

ABSTRAKT

Bakalářská práce Vývoj sociálně patologických jevů na území Středočeského kraje z pohledu Zdravotnické záchranné služby přibližuje nejčastěji se vyskytující sociálně patologické jevy při práci záchranářů. Zaměřuje se především na problematiku alkoholismu, drogové závislosti a bezdomovectví. Teoretická část seznamuje se sociálně patologickými jevy ve společnosti, s jejich příčinami, zdroji a druhy. Popisuje příznaky, léčbu a jejich prevenci, bezprostřední krizovou intervenci a možnou sociální nebo psychologickou pomoc.

Cílem práce je zachycení vývoje a rozsahu sociálně patologických jevů na území Středočeského kraje a následné porovnání výsledků s osobními zkušenostmi záchranářů. V praktické části je jejich vývoj a rozsah zmapován v rozmezí posledních pěti let. Je využita metoda sběru statistických dat z dokumentace Zdravotnické záchranné služby. Součástí je i anonymní dotazníkové šetření mezi záchranáři Středočeského kraje. Otázky se zaměřují na nejčastější patologické jevy, se kterými se záchranáři při své práci setkávají.

Následuje komparace statistických dat a výsledků dotazníkového šetření. Nejdůležitější závěry jsou obsahem semináře pro pracovníky Záchranných služeb.

Klíčová slova:

Sociálně patologické jevy, alkoholismus, drogová závislost, bezdomovectví, Zdravotnická záchranná služba

ABSTRACT

The bachelor thesis “Development of socio-pathological phenomena in the Central Bohemian Region from Emergency Medical Service’s perspective” describes the most frequent socio-pathological phenomena in EMS providers’ work. The thesis concentrates on problems of alcohol abuse, drug addiction and homelessness. The theoretical part introduces the socio-pathological phenomena in society, their causes, sources and types. Symptoms, treatment and their prevention as well as immediate crisis intervention and possible social or psychological help are also described here.

Development and extent of socio-pathological phenomena in the Central Bohemian region are the primary goals of the thesis and they are subsequently compared with EMS professionals’ personal experience. The practical part maps their development and extent during the last five years. The method of statistical data collection from EMS registry dataset is used. An anonymous questionnaire (survey) among EMS professionals from the Central Bohemian region is a part of the thesis. The questions focus on the most frequent pathological phenomena which EMS professionals face in their work.

Comparison of statistical data and results of questionnaire (survey) are presented here, too. The most important findings are contained in educational seminar for EMS professionals.

Keywords:

Social pathologies, alcoholism, drug addiction, homelessness, emergency medical service

Obsah

1	Úvod	9
2	Sociálně patologické jevy ve společnosti	10
2.1	Příčiny a zdroje sociálně patologických jevů	10
2.2	Druhy patologických jevů	12
2.2.1	Agresivita a násilí	12
2.2.2	Suicidální jednání	14
2.2.3	Návykové a impulsivní poruchy	15
2.2.4	Novodobé nelátkové závislosti	17
2.2.5	Body image a její sociálně patologické projevy	19
3	Nejčastější sociálně patologické jevy v práci záchranářů	21
3.1	Alkoholismus	21
3.2	Nealkoholové drogy a drogová závislost	24
3.2.1	Poruchy vyvolané požíváním opioidů	27
3.2.2	Poruchy vyvolané požíváním kanabinoidů	28
3.2.3	Poruchy vyvolané užíváním sedativ nebo hypnotik	29
3.2.4	Poruchy vyvolané požíváním kokainu	30
3.2.5	Poruchy vyvolané požíváním jiných stimulancií (včetně kofeinu)	31
3.2.6	Poruchy vyvolané požíváním halucinogenů	32
3.2.7	Poruchy vyvolané užíváním tabáku	33
3.2.8	Poruchy vyvolané užíváním prchavých rozpustidel	34
3.2.9	Poruchy vyvolané požíváním několika látek a požíváním jiných psychoaktivních látek	35
3.3	Bezdomovectví	37
3.3.1	Typologie bezdomovectví	37
3.3.2	Příčiny bezdomovectví	38

3.3.3	Sociální práce s bezdomovci.....	39
4	Možnosti řešení a prevence alkoholismu, drogové závislosti	
	a bezdomovectví.....	41
4.1	Možnosti řešení a prevence alkoholismu	41
4.2	Možností řešení a prevence drogové závislosti.....	42
4.3	Možnosti řešení a prevence bezdomovectví	43
5	Výzkum vývoje sociálně patologických jevů na území Středočeského kraje	
	z pohledu Zdravotnické záchranné služby.....	45
5.1	Cíl výzkumu	45
5.2	Hypotézy	455
5.3	Metodika výzkumu.....	46
5.4	Statistika dat z dokumentace a jejich analýza	46
5.5	Analýza výsledků dotazníkového výzkumu.....	54
6	Diskuze.....	72
7	Závěr	77
8	Seznam použité literatury	78
9	Seznam použitých tabulek.....	86
10	Seznam použitých grafů	87
11	Seznam příloh.....	88

1 Úvod

Problematika sociálně patologických jevů je poměrně obsáhlé a v dnešní době velmi diskutované téma a to nejen u nás, ale i v zahraničí. Společností bývá vnímána jako škodlivá, nežádoucí až nepřijatelná. Média nás opakovaně informují o negativních lidských činech a situacích na různých místech republiky. Pozornost se v méně či více případech upírá na řešení nebo alespoň na usměrnění těchto negativních jevů do společensky přijatelné podoby. Proto je velmi důležité neustále zvyšovat všeobecné povědomí v této problematice. Je zřejmé, že čím více „svobody“ dnešní společnost poskytuje, tím větší měrou přispívá k nárůstu nežádoucích jevů. Jedním z faktorů je legální prodej alkoholu a tabáku a dostupnost drog. Alarmující je i rozvíjející se nevšímavost, lhostejnost a nezájem lidí vůči svému okolí, stejně jako stres a uspěchanost dnešní doby.

Motivací k napsání práce je má profese záchranářky. S kolegy lékaři, záchranáři a řidiči záchranáři vyjíždíme k sociálně patologickým jevům velmi často. Nejčastějším problémem je alkoholismus, drogově závislí, bezdomovci a suicidální pokusy. Narůstá veřejné a domácí násilí a další novodobé formy sociálně patologických jevů, které nebyly do nedávné doby brány jako patologické. Chování, které je nežádoucí, může být důsledkem nezvládnutí některých krizových situací.

Teoretická část bakalářské práce se zaměřuje na vymezení pojmu sociálně patologických jevů, jejich příčiny, zdroje a druhy. Přibližuje nejčastější jevy, se kterými se v praxi setkáváme. Nastiňuje možnosti prevence, bezprostřední krizové intervence a dlouhodobé sociální a psychologické pomoci. Praktická část obsahuje a analyzuje statistická data vývoje nejčastějších sociálně patologických jevů zachycených Zdravotnickou záchrannou službou Středočeského kraje během uplynulých pěti let. Další část se věnuje vyhodnocení a analýze anonymních dotazníků, jejichž výsledky odrážejí osobní zkušenosti záchranářů. Cílem bakalářské práce bylo zachytit vývoj a rozsah sociálně patologických jevů na území Středočeského kraje z pohledu Záchranné služby, ale i subjektivní pocity záchranářů ve vztahu k dané problematice. Zjišťovali jsme, zda záchranáři osobně pocítují nárůst sociálně patologických jevů a dokáží klientům nabídnout adekvátní odbornou pomoc. Nejdůležitější poznatky jsou obsahem semináře uspořádaným pro zaměstnance Zdravotnické záchranné služby Středočeského kraje.

2 Sociálně patologické jevy ve společnosti

Sociální patologie je označení pro nezdravé, abnormální a obecně nežádoucí společenské jevy, na jejichž studiu se podílí mnoho vědních disciplín, zejména sociologie, psychologie, speciální pedagogika, medicína a etopedie. Jejich nárůst je v posledních letech značný a to nejen v České republice. (Fisher, Škoda, 2014, s. 15). Společností jsou tyto jevy vnímány negativně a hodnoceny jako nežádoucí a v mnoha případech až nepřijatelné z hlediska mravnosti a morálky. (Fisher, Škoda, 2009, s. 9).

Mezi nejčastější a diskutované řadíme agresivitu a násilí (fyzické a psychické týrání, sexuální zneužívání, syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, kriminalitu a delikvenci), suicidální jednání, zneužívání psychoaktivních látek, návykové a impulzivní poruchy (patologické hráčství, pyromanie, kleptomanie apod.), novodobé nelátkové závislosti (netholismus, opiomanie, nomofobie, workoholismus, dysmorfofobie, bigorexie), body image (mentální anorexie, mentální bulimie) a její sociálně patologické projevy a bezdomovectví.

Pojem sociální patologie je často označován jako sociální deviace, ale tyto dva pojmy se od sebe liší. deviatní jevy nemusí být vždy patologické a pro jednotlivce nebo společnost negativní. (Fisher, Škoda, 2014, s. 16).

Sociální deviace je porušení nebo odchylka od některé sociální normy nebo skupiny sociálních norem a porušení formálních či neformálních požadavků kladených na lidské chování v dané společnosti. (Munková, 2004, s. 9).

2.1 Příčiny a zdroje sociálně patologických jevů

Na sociálně patologické chování má vliv řada různých biopsychologických faktorů, příčiny jejich vzniku označujeme za multifaktoriální.

Teorií příčin vzniku je mnoho. Mezi základní patří:

- teorie předpokládající existenci typů lidí s tendencí volit chování mimo společenské normy;
- teorie situační, kdy určité sociální situace navozují vznik a rozvoj těchto jevů;

- teorie konjunktivní, která je kombinací obou předchozích přístupů, kdy v určité situaci se určitý typ lidí bude chovat určitým způsobem.

Vědecké teorie zkoumající a vysvětlující příčiny těchto jevů obecně členíme na:

- **Biologicko-psychologické:** *Lombrosova teorie rozeného zločince* (na základě měřitelných duševních a tělesných znaků a působení psychosociálních vlivů), *Goddardova teorie oligofrenie* (příčinou je nízká mentální úroveň), *konstituční teorie* (zděděné tělesné a duševní vlastnosti se sklonem k deviacím), *genetické a adopční studie* (nebyly spolehlivě potvrzeny) a *současné biokriminologické přístupy* zaměřené na fyzické aspekty psychologických poruch a onemocnění, studie genetických anomálií a změn ve vývoji centrálního a autonomního nervového systému na biologickou podmíněnost a studium biochemických faktorů.
- **Sociálně psychologické:** původ deviantního chování je přisuzován psychice člověka. Původní vycházely z psychoanalytické *teorie S. Freuda*, *koncepte J. Bowlbyho* (vazba mezi matkou a dítětem a s tím případně spjaté vývojové potíže při utváření postojů vůči společnosti od raného dětství), *Eysenckova teorie* (neurotici se silnou extroverzí) doplněná *konceptí Bronnera a Healyho* (frustrace, anxiozita, méněcennost, poruchy emocionality), *Cloningerova teorie* (rysy temperamentu a charakteru: egocentrismus, lhostejnost, vlastní uspokojení a názor, malá míra strachu bez reakcí na nebezpečí), *teorie odlišného kognitivního stylu podle Walterse a Whita* (charakteristiky recidivujících delikventů: ospravedlňování svého chování, odblokování obran svého chování, nedodržování zákonných norem, pocit moci a ovládání druhých, povrchní citové vztahy, extrémní forma sebedůvěry, absence předvídání důsledků svého jednání, snadná ovlivnitelnost), *typologie morálního vývoje podle L. Kohlberga* (patologické chování v závislosti na osobní morálce).
- **Sociologické:** nežádoucí a nepřijatelné chování v souvislosti s existencí různých skupin, subkultur, společenských struktur a procesů dnešní doby. *Teorie kulturního přenosu* (patologické chování vznikající v různých subkulturách, skupinách, strukturální tlak, absence sociální kontroly). *Teorie diferenciální asociace* (naučené jednání jedince v průběhu jeho vývoje není negativně hodnoceno). (Tittle, Paternoster, 2000). *Teorie anomie* (společnost, ve které přestávají platit zákony ve smyslu právním i morálním a tento stav vede

k patologickému jednání). *Teorie subkultur* (delikventi nedosahující legitimně společenského úspěchu). *Teorie etiketizace* (sociální procesy nálepkování: po spáchání prvního trestného činu jedinec získává nálepku delikventa spojenou s nedůvěrou, odmítáním a obezřetností, dochází k příčinám sekundární deviace). (Fisher, Škoda, 2014, s. 31 - 42).

2.2 Druhy patologických jevů

2.2.1 Agresivita a násilí

Nejčastěji bývá agresivita definována jako emočně motivační chování, jehož cílem je poškodit přírodu, věci, člověka anebo sebe samého. Zahrnuje emoční stavy a jednání jako je vztek, zlost, zuřivost, nepřátelství a pohrdání s představou někoho zničit, pomluvit, znemožnit nebo zabít. (Poněšický, 2010, s. 17).

Násilí je lidské jednání a chování, jehož následkem je narušení vývoje a kontinuity života druhého člověka. (Poněšický, 2010, s. 39).

Příčiny agresivity a násilí jsou **vrozené** - u mužů je vyšší míra sklonů k agresii díky testosteronu, osoby s poruchami psychického vývoje, syndrom hyperaktivity nebo **získané** (působení rodiny, přátel, společnosti).

Mezi společensky nepřijatelné řadíme:

- **zlostná agresivita** - reaktivní forma agresivního chování, zášť, nenávist, cílené způsobování bolesti;
- **instrumentální agresivita** - prostředek k dosažení cíle (získání pozornosti, úcty, chladné dosažení spokojenosti);
- **spontánní agresivita** - způsobení bolesti přináší uspokojení. (Fisher, Škoda, 2014, s. 49 - 55).

Příklady agrese a násilí:

- **sadismus** – sexuální, ale i nesexuální činy, jejichž hlavním motivem je týrání a ponižování osob ve svém okolí, šikanování členů rodiny a podřízených nebo škodolibá radost z jejich životních neúspěchů. (Uzel in: Kovář, 2008, s. 23);
- **znásilnění, pohlavní zneužívání, sexuálně motivovaná vražda;**

- **domácí násilí** – fyzické, psychické a emocionální napadání, verbální i neverbální výhrůžky a vulgární chování, které se vyskytuje bez ohledu na jakékoliv sociální, ekonomické, rasové, geografické či věkové charakteristiky (Ševčík, Špatenková, 2011, s. 21);
- **psychické násilí** – je každé zneužívající chování, projevující se v konkrétních jednáních, slovech, činech, gestech nebo textech poškozující důstojnost, fyzickou a psychickou integritu a osobnost jedince (Hirigoyen, 2002, s. 59);
- **tělesné týrání** – úmyslný přímý útok na člověka;
- **systematické týrání** – druh citového týrání, upírání práva na informace, nevyslyšení, odpírání kontaktu s jinými, špatná péče o základní životní potřeby, navozování pocitu chorobného stavu oběti. (Chmelík, 2003, s. 50).

Léčba (eliminace) agresivity: psychoterapie - využívá sociální výcvik, poradenství a intervence v krizových situacích, trénink zvládání vlastní agresivity formou kognitivně-behaviorální terapie individuálně nebo ve skupině a farmakologická léčba, která je součástí psychiatrické léčby, kdy se jedná o psychické poruchy a poruchy osobnosti. (Fisher, Škoda, 2014, s. 57 - 58).

Předcházení agrese a násilí:

- **primární prevence** – zaměření na eliminaci rizik pravděpodobného vzniku násilí, uvážlivý výběr životního partnera, budování dobrého rodinného zázemí, informovanost o tom, co je v soužití „normální“;
- **sekundární prevence** – včasná identifikace problému, opatření a intervence zabráňující zhoršení situace;
- **terciální prevence** – zmírnění nepříznivých dopadů, návrat k normálnímu fungování a zvýšení kvality života. (Ševčík, Špatenková, 2011, s. 151 - 153).

Seznam institucí, organizací a krizových linek k problematice agrese a násilí uvádíme viz. příloha A. (www.ikatalogy.nidm.cz).

2.2.2 Suicidální jednání

Suicidální (sebevražedné) chování a jednání je závažným problémem z medicínského, psychologického, právního, sociologického, filozofického i etického hlediska. Suicidální projevy představují širokou škálu prožívání a chování a zahrnují behaviorální, kognitivní a emoční aspekty. (Koutek, Kocourková, 2003, s. 11).

U suicidálního chování a jednání rozlišujeme několik forem:

- **suicidální myšlenky** – pouze suicidální nápady, kdy chybí tendence k realizaci;
- **suicidální tendence** – připravované suicidium;
- **suicidální pokus** – každý akt ohrožující život s úmyslem zemřít bez letálního konce;
- **dokonané suicidium** – je vědomé a úmyslné ukončení vlastního života;
- **protrahované suicidální jednání** – opakované suicidium v průběhu několika dnů např. zvyšování dávek léků (Koutek, Kocourková, 2003, s. 28 - 30);
- **bilanční sebevražda** – dokonané suicidium, kdy postižený dojde k závěru, že stávající situace je pro další život neúnosná (Viewegh, 1996, s. 22);
- **účelové a demonstrativní suicidální jednání** – jednání, jehož cílem není smrt, ale vyřešení svízelné situace;
- **zkratovitě suicidální jednání** – jednání, kdy jedinec nemá v úmyslu zemřít a jedná na základě okamžitého impulsu (Koutek, Kocourková, 2003, s. 31);
- **suicidální dohoda** – zvláštní typ sebevražedného jednání, na základě kterého se dohodnou dva nebo více lidí k uskutečnění sebevraždy (Ondrejko, 2009, s. 356);
- **rozšířená sebevražda** – duševně nemocný pod vlivem depresí nebo halucinací se rozhodne ukončit život sobě a zároveň i život někoho ze svých blízkých (Koutek, Kocourková, 2003, s. 32);
- **sebepoškození** – je chování bez cíleného a vědomého záměru zemřít, důsledkem je poškození tělesné integrity. Vyskytuje se u dospívajících dívek, před nástupem k výkonu trestu nebo např. v souvislosti s přijetím do sekty či gangu (Fisher, Škoda, 2014, s. 77).

Způsoby suicidálního jednání: intoxikace léky, alkoholem, organickými rozpouštědly, plyny, parami, kouřem, ohněm a dýmem, pesticidy. Dále sebepoškození oběšením,

utopením, zastřelením, výbušninou, horkými předměty, ostrým nebo tupým předmětem, sebepoškození skokem z výše, skokem nebo lehnutím si pod pohybující se předmět a havárií motorového vozidla. (Fisher, Škoda, 2009, s. 68).

Rizikové faktory: konfliktní rodinná situace, rozvod, problémy ve škole, snížená adaptace mezi vrstevníky, zhoršení zdravotního stavu nebo nevyléčitelná nemoc. Dále suicidium v rodině, psychiatrické poruchy, závislost, nízký sociální statut rodiny, konflikty s rodiči, partnerem, učitelem. (Koutek, Kocourková, 2003, s. 45).

Léčba: psychiatrické a psychologické vyšetření se stanovením terapeutického plánu, psychoterapie ambulantní nebo lůžková, individuální, skupinová či rodinná terapie, farmakologická léčba.

Prevence: primární prevence je zaměřená na snížení nebo oslabení vlivu rizikových faktorů. Sekundární prevence je orientovaná na včasné zachycení a léčbu klinických projevů včetně krizové intervence. Terciální prevence vede ke zmírnění následků poruch a zabránění jejich opakování. Preventivní intervence je zaměřena na preventivní programy školních dětí, jedince nebo skupiny s rizikovými faktory a dále na vysoce rizikové jedince se subklinickými znaky a příznaky. (Koutek, Kocourková, 2003, s. 97 - 106).

2.2.3 Návykové a impulsivní poruchy

Tyto poruchy souvisejí s činnostmi člověka, které jsou považovány za normální a běžné, avšak mohou nabýt abnormality a stát se patologickými. Jedinec pak není schopen vzdorovat impulzivním činům nebo chování. (Fisher, Škoda, 2014, s. 113).

Patologické hráčství

„Porucha spočívá v častých opakovaných epizodách hráčství, které dominují v životě subjektu na úkor sociálních, materiálních, rodinných a pracovních hodnot a závazků.“

(Nešpor, 1995, s. 95)

Nedochází k přímému poškození zdraví nějakou látkou, ale strach, obava, ztráta rodiny, ztráta zaměstnání, inklinace ke kriminálním činům jako sekundární následek může končit tragicky. (Sochůrek, 2001, s. 31). I přes to, že patologické hráčství není závislostí v pravém slova smyslu, mají mnoho společného. (Nešpor, 2000, s. 32).

Vznik patologického hráčství

- **fáze výher** – občasná hra, častější výhry, zvyšování sázek, velká výhra, osamělé hraní;
- **fáze prohrávání** – hra se stává prioritou. Při dlouhodobém prohrávání nedokáže s hrou přestat. Začátek legálního půjčování peněz, skrývání hry, lhaní, absence v práci, zanedbávání zdraví, změny osobnosti;
- **fáze zoufalství** – podmíněné tresty, poškození pověsti, odcizení od rodiny a přátel, vysoké prohry, výčitky svědomí, panika. Pravděpodobnost trestných činů, zoufalství, myšlenky na sebevraždu, alkohol, zhroucení.

Léčba: posouzení stavu, lékařské vyšetření, motivační trénink, finanční gramotnost, skupinová psychoterapie, behaviorální terapie (vyhýbání se místům, kde se provozují hrací automaty), arteterapie, duševní i tělesná relaxace, zvládání touhy po hře, naprostá abstinence od všech forem hazardních her, práce s rodinou, poskytování informací o chorobném hráčství formou přednášek a knih, pomoc při volbě vhodného zaměstnání.

Prevence: nehrát a před hazardní hrou varovat známé a přátele, preventivní program na úrovni školy, zaměstnavatelů, informace ve sdělovacích prostředcích formou skutečných příběhů. (Nešpor 1995, s. 96 - 102).

„To, po čem mnozí touží, totiž velká výhra, je nebezpečná věc. Peníze, které člověk získá poctivě a tvořivě, motivují. Peníze, které vyhraje, demoralizují.” (Nešpor 1995, s. 103).

Pyromanie

Pyromanií rozumíme opakované zakládání nebo pokusy o založení požárů různých objektů bez vidiny zisku, pomsty apod., a také zaujetí předměty a motivy, které se k požáru vztahují. Vše je spojeno s pocity napětí a vzrušení před a po činu. (Fisher, Škoda, 2000, s. 117-118). Patologických pyromanů je malé procento. Pyromanie je většinou spojena s jinými onemocněními jako je disociální porucha osobnosti, schizofrenie, organická duševní porucha, ale také s osobami pod vlivem alkoholu nebo psychoaktivních látek. První projevy pyromanie se objevují převážně již v dětském věku nebo v dospívání. (www.o psychologii.cz).

Kleptomanie

Kleptomanie je opakující se potřeba krást předměty bez vidiny obohacení nebo zisku. Jde pouze o ukojení touhy. Touto poruchou trpí více ženy než muži. (Juan, 2000, s. 104). Postižený tyto předměty většinou nepotřebuje, bývají to věci s nízkou finanční hodnotou. Jedná se o chování spojené s pocity vzrůstajícího napětí a uspokojení při činu i po něm. (Fisher, Škoda, 2000, s. 119).

Trichotillomanie

Velmi specifická a vzácná porucha, kdy si postižený vyškubává vlasy, ale také chlupy na jakýchkoliv částech těla. Je doprovázeno napětím a následným uspokojením. Symptomy se většinou objevují v dospívání, epizody trvají od minut až po několik hodin převážně v období stresu. Vytrhávání může být doprovázeno např. obtáčením vlasů, protahováním vlasů přes rty či zuby, odkousáváním kořínků nebo pojídáním vlasů. (Keuthen, Stein, Christenson, 2001). Postižený se za své chování stydí, což může vést až k jeho sociální izolaci.

Intermitentní explozivní porucha

Jedná se o poruchu, která je charakterizována impulzivním a agresivním jednáním, kdy se nejedná o plánovanou agresi. Exploze vzteku jsou obvykle neadekvátní událostem, které je spustí. (Fisher, Škoda, 2000, s. 120 - 121).

2.2.4 Novodobé nelátkové závislosti

Jsou psychické závislosti, které vznikají ve vztahu k novodobým fenoménům současného moderního života. Mezi ně patří počítače a internet, mobilní telefony, ale také nakupování v hypermarketech. Často jsou spojovány s nutkavými a impulzivními poruchami. (Fisher, Škoda, 2014, s. 125).

Netholismus

V souvislosti s netholismem hovoříme o závislosti na internetu. Impulsem bývají dlouhodobé konflikty v rodině, ve škole či na pracovišti, dále poruchy osobnosti, deprese, sociální fobie a mnoho dalších. Pod jejich vlivem se člověk uzavírá do sebe a východisko hledá ve virtuálním světě internetu. Internet pomáhá omezovat nudu

a samotu, poskytuje prostor k poznávání nových lidí, dovoluje zůstat anonymní a zároveň se prezentovat lepším, než ve skutečnosti je. Internetový gambling dává prostor závislým gamblerům, virtuální prostor internetu umožňuje uvolnění sexuálních tužeb v internetové pornografii apod. (Fisher, Škoda, 2014, s. 127 - 131). Lidé, kteří se náruživě, nezdrženlivě a nadměrně věnují zábavě na internetu a počítačovým hrám zanedbávají důležité hodnoty, zájmy, pracovní povinnosti a mezilidské vztahy. Objevují se somatopsychické problémy, roste tendence zvyšovat čas strávený u počítače a taková osoba se integruje do virtuálního světa. (Nešpor, Pernicová, Csémy, 1999, s. 37).

Oniomanie

Oniomanie je chorobné nakupování. Jsou to tzv. nakupovací maniaci, kteří mají neovladatelnou touhu nakupovat bez ohledu na své potřeby či finanční možnosti. Tyto nepotřebné věci skladují doma a málokdy využijí. Nakupování bývá spojeno s pocitem euforie. Vnitřními spouštěči bývají psychické a emocionální problémy, osamělost, stres, nuda nebo nespokojenost se svým životem. (Fisher, Škoda, 2014, s. 132).

Nomofobie

Nomofobie je závislost na mobilním telefonu. Taková osoba se od telefonu nevzdálí na více jak několik minut, neustále telefon kontrolují, zda nemají zmeškané hovory nebo zprávy, nevypínají ho ani v noci. S touto závislostí souvisí i závislost na komunikaci přes aplikace mobilních telefonů. Příčinou bývá nuda, samota, stres, únik před každodenními problémy a tato činnost postupně zabírá veškerý volný čas. (Fisher, Škoda, 2014, s. 133 - 134).

Workoholismus

Workoholismus je definován jako závislost na práci. Zpočátku postižený myslí stále na práci, mívá přesčasy a nebere si dovolenou. V další fázi ztrácí své osobní vztahy a společenský život, bývá tělesně vyčerpaný a trpí poruchami spánku. Pozdní stádium se projevuje narůstajícími problémy včetně zdravotních – bolesti hlavy, deprese, žaludeční vředy, vysoký krevní tlak, mozkové mrtvice a infarkty. Mezi typické znaky patří posedlost prací a nadměrným pracovním nasazením, potřeba veřejného uznání tím, že zvyšují svou pracovní zátěž, perfekcionismus, vysoké sebevědomí, duševní nevyrovnanost, podezřívavost, narcismus, práce i během odpočinku, zkreslená představa o hodnotách a smyslu života. Svoji závislost popírají i přes klesající výkonnost.

(Zelinski, 2003, s. 49). Průvodním jevem workoholismu bývá syndrom vyhoření. Jeho důsledkem jsou konflikty v týmové práci, špatná komunikace, ztráta empatie, neocenění svého okolí a rodiny, ztráta nezávislosti, bezúhonnosti a úcty. Dále ztráta smyslu pro humor a v pokročilé fázi i těžké poškození duševního a tělesného zdraví. (Fisher, Škoda, 2014, s. 138 - 139).

Dysmorfofobie

Je porucha, která se projevuje omezujícím a obtěžujícím zabýváním se vlastním domnělým nedostatkem ve vzhledu. Jde o posedlost svým zjevem a přehnanou péčí o tělo, nespokojenost s kvalitou pokožky. Ženy mají imaginární vadu prsů, končetin a boků, mužům vadí kvalita či kvantita vlasů, výška, ochlupení. Péče o vlastní tělo vytlačuje další aktivity člověka a mohou jej vést až k sociální izolaci. (Fisher, Škoda, 2014, s. 139).

Bigorexie

Je varianta dysmorfofobie, kdy postižený považuje své tělo za slabé a nedostatečně svalově vyvinuté. Zlepšení chce dosáhnout nadměrným cvičením, užíváním doplňků stravy a příjmem anabolik. Této činnosti postupně věnuje stále více času a energie, přičemž odsouvá své povinnosti a ohrožuje vlastní zdraví a to jak fyzické a emocionální, tak i psychické. Při nemožnosti cvičit trpí abstinenčním syndromem a propadá depresi. (Ladishová, 2006, s. 42).

2.2.5 Body image a její sociálně patologické projevy

Za pojem body image můžeme označit to, jak jedinec vnímá, hodnotí a chápe svoje tělo a jak s ním zachází. Nepřiměřené zaujetí vzhledem vlastního těla může nabývat patologických hodnot. (Fisher, Škoda, 2014, s. 143). Body image je v současné společnosti důležitým měřítkem. Už předškolní děti připisují negativní rysy dítěti s nadváhou, vybírají si postavu, kterou nechtějí mít a takové děti odmítají jako své kamarády. Toto vše má v dospívání a v dospělosti za následek nezdravé projevy chování, mezi které patří přejídání se, nezdravé diety, nezdravé kontrolování ukazatelů hmotnosti a nesprávné stravovací návyky. (Fisher, Škoda, 2014, s. 152).

Mentální anorexie

Je porucha příjmu potravy, jejímž charakteristickým znakem je přísné omezování příjmu potravy. (Grogan, 2000, s. 142). Tato nemoc a její neléčení může vést k odmítání jídla, extrémní vychrtlosti a díky dramatickému váhovému úbytku až ke smrti. Touto poruchou trpí převážně ženy, které chtějí zhubnout (připadají si tlusté i přes to, že jsou hubené). Pocit hladu zahánějí nadměrným sportováním, počítají kalorie, často jídlo vyhazují, aby je někdo neviděl. Tělo se vyhladovění brání silnou touhou jíst, tudíž anorexie může vyústit v bulimii, kdy nemocné propadnou obžerství. (Ladishová, 2006, s. 30 - 33).

Mentální bulimie

Termínem bulimie označujeme nezřízenou touhu po jídle, opakované záchvaty přejídání se s následnou kontrolou tělesné hmotnosti a poté vyvoláním zvracení nebo užíváním projímadel. (Novák, 2014, s. 85). Oproti anorexii je méně zjevná, osoby trpící bulimií mívají normální nebo i vyšší hmotnost. Střídání přejídání se a „očisty“ stále častěji vzrůstá, dochází k prudkým výkyvům váhy. Příčinou bývá nuda, osamělost, zloba, nejistota, deprese. (Ladishová, 2006, s. 34 - 36). Často bývá následkem trvající mentální anorexie. Léčba by se měla týkat tělesného zdraví a psychiky nemocného, doporučuje se skupinová a rodinná terapie, poradenství a příručky. (Nešpor, 2000, s. 44 - 46).

3 Nejčastější sociálně patologické jevy v práci záchranářů

Mezi jedny z nejčastějších sociálně patologických jevů v práci záchranářů patří alkoholismus, závislost na nealkoholových drogách a bezdomovectví. Ti, kdo obtížně a nebo neradi řeší své problémy se mohou velmi snadno a rychle uchýlit k pití alkoholu nebo sáhnout po lehké droze. Odtud je už ale jen malý krok k závislosti na alkoholu a vyzkoušení tvrdých drog. Svou závislostí poté přichází o rodiny, přátele, zaměstnání. Nedostatkem finančních prostředků pak mnohdy končí na ulici jako bezdomovci.

3.1 Alkoholismus

Alkohol, chemicky etylalkohol vzniká chemickým procesem kvašení ze sacharidů nebo z polysacharidů, vyšší koncentrace se dosahuje destilací. Etylalkohol byl ve formě alkoholických nápojů vyráběn a používán již v dobách historických civilizací při náboženských obřadech a později stále častěji jako nápoj. Nadměrná konzumace alkoholických nápojů se nazývá **alkoholismus**. Poprvé byl tento termín použit lékařem Magnussem Hussem v roce 1849. O sto let později v roce 1951 začal být alkoholismus díky Světové zdravotnické organizaci oficiálně považován za medicínský problém.

Česká republika se řadí mezi státy s nejvyšší spotřebou alkoholu, přičemž 25 % tvoří muži a 5 % ženy. Při pravidelné denní konzumaci alkoholu ve vyšších dávkách (20 - 60 g) může docházet k řadě vážných zdravotních potíží, riziku návyku a následně závislosti na alkoholu. (Popov in: Kalina, 2003, s. 151). Dostupnost alkoholu vymezuje zákon, který nepřipouští jeho prodej a podávání osobám mladším osmnácti let. (Ganeri, 2001, s. 111).

Poruchy vyvolané nadměrným užíváním alkoholu jsou v Mezinárodní klasifikaci nemocí uvedeny v oddílu F10 viz. příloha B (www.uzis.cz) a dělí se o dvou základních skupin :

- poruchy způsobené přímým účinkem alkoholu na centrální nervový systém bezprostředně (intoxikace alkoholem) nebo jako následek chronického abusu alkoholu;

- poruchy projevující se návykovým chováním, které souvisí s abusem alkoholu a ty, jenž mohou vyústit v závislost.

Účinky alkoholu závisí na jeho množství, formě a způsobu užití. Na projevech chování se vedle biologických vlivů jako je kondice, zdravotní stav a osobní dispozice podílejí vlivy psychologické a sociální.

Akutní intoxikace alkoholem se projevuje jako prostá ebrieta. Při nižších dávkách alkoholu dochází k psychomotorické excitaci s elací nálady, mnohmluvností, zvýšenému sebevědomí, snížení sebekritičnosti a zábran, někdy k agresivitě. Při rychlé nebo nepřerušené konzumaci vyšších dávek přichází útlum, únava, spánek, somnolence až bezvědomí a smrt. (Popov in: Kalina, 2003, s. 151). U dětí nastává otrava alkoholem již po velmi malých dávkách. V dospívání se potom rychleji rozvíjí závislost na alkoholu a zvyšuje se tím zároveň riziko k přechodu k jiným návykovým látkám. (Nešpor, Pernicová, Csémy, 1999, s. 15).

Stádia intoxikace alkoholem podle hladiny alkoholu v krvi:

- excitační stadium – lehká opilost (do 1,5 g/kg);
- hypnotické stadium – opilost středního stupně (1,6 g/kg - 2,0 g/kg);
- narkotické stadium – výrazné známky opilosti (více než 2 g/kg);
- asfyktické stadium - těžká alkoholová intoxikace (nad 3 g/kg).

Závislost na alkoholu způsobují faktory dispoziční, biologické, psychosociální, ale také vlivy dědičné. Vývoj závislosti probíhá nenápadně. Postupně se zvyšuje tolerance vůči alkoholu, dochází ke ztrátě kontroly jeho užívání, pozvolnému zanedbávání jiných zájmů, ke změnám myšlení a chování. Rozvinutá závislost se projevuje výraznou změnou tolerance vůči alkoholu s výskytem odvykacích příznaků v podobě „ranních doušků“ a výpadky paměti „okénka“.

Alkoholový odvykací stav se projevuje u osob při dlouhodobém a intenzivním abusu alkoholu a dochází k němu během několika hodin až dní po přerušení jeho konzumace. Typickými projevy je třes rukou nebo celého těla, pocení, závratě, poruchy stability a koordinace pohybů, úzkost, psychomotorický neklid, přechodné vizuální, taktilní nebo sluchové halucinace nebo iluze, nauzea, zvracení, bolest hlavy, tachykardie nebo hypertenze, slabost a poruchy spánku. Tento stav obvykle odeznívá během čtyř až pěti

dnů. Nespavost, vegetativní obtíže a úzkost mohou přetrvávat i několik měsíců. Odvykací stav může být komplikován křečemi, epileptickými záchvaty a může progredovat do deliria tremens. (Popov in: Kalina, 2003, s. 152 - 153).

Po dlouholeté konzumaci alkoholických nápojů vznikají alkoholické psychózy:

- **Delirium tremens** - je nejčastější. Obluzené vědomí, třes, strach, zmatenost, ztráta orientace, halucinace a iluze jsou nejčastějšími příznaky.
- **Korsakova psychóza** - ve čtvrtině případů navazuje na delirium tremens. Hlavním příznakem je téměř vymizelá pamětní vstřípivost, kdy si nemocný není schopen zapamatovat, co před chvílí vnímal. Na základě toho je dezorientován místem, časem i situací. Nové vjemy si nepamatuje, proto si vymýšlí a smyšlenkám věří.
- **Alkoholická halucinace** - je charakterizována především sluchovými a zrakovými halucinacemi, hlavně v noci a jsou spojené s úzkostí.
- **Akutní alkoholická halucinatorní psychóza** - se podobá deliriu tremens, ale liší se jasným vědomím a mírnějším průběhem halucinací.
- **Alkoholická paranoidní psychóza** - postihuje především paranoidní psychopatické osobnosti a hlavním příznakem jsou bludy pronásledování a žárlivecký blud. (Marhounová, Nešpor, 1995, s. 69 - 70).

Závislost na alkoholu se projeví nejen na psychice nemocného. Dlouhodobá konzumace se projevuje specifickými změnami ve funkci mozku, mezimozku, mozečku a čelního mozkového laloku. (Fisher, Škoda, 2014, s. 94). Somatická poškození mohou postihnout prakticky všechny systémy lidského organismu. Častá jsou poškození gastrointestinálního traktu (dysfagie, průjmy, gastritidy, jícnové varixy, hepatopatie), zvyšuje se riziko vzniku jaterní cirhózy a karcinomu jater. Dále může narušit endokrinní systém - poškození pankreatu a vznik diabetu. Časté jsou avitaminózy, poruchy krvetvorby a anémie. U mužů dochází k poruchám sexuální funkce a k impotenci. U žen alkoholiček, které otěhotní, hrozí riziko poškození plodu. Při chronickém abusu alkoholu dochází k funkčnímu a poté i orgánovému poškození oběhového, nervového i dýchacího systému.

Léčba: psychoterapie, většinou skupinová. Vedle psychoterapie se využívá farmakoterapie, kdy se podávají preparáty zvyšující vnímavost organismu vůči účinkům alkoholu např. Antabus. Hepatoprotektiva a vitaminy doplňují komplexní léčbu. Pokud

je pacient ještě schopen přerušit nebo omezit pití alkoholu, protože u něj dosud nedošlo ke ztrátě kontroly užívání, může být vysoce efektivní krátká intervence (brief intervention), jejímž smyslem je upozornit na zdravotní rizika škodlivého užívání, vést pacienta k omezení pití alkoholu nebo k úplné abstinenci. Tato intervence trvající 5 - 30 minut byla vypracována zejména pro praktické lékaře a pracovníky primární zdravotní péče. V podmínkách přednemocniční péče bývá tato intervence obtížná pro krátký kontakt se závislým pacientem a také pro jeho nespolupráci z důvodu podnapilosti. Časnou intervencí v případě závislosti na alkoholu je zejména psychoterapeutická intervence s cílem motivovat pacienta k brzkému zahájení odvykací léčby. (Popov in: Kalina, 2003, s. 154 - 155). Program léčby závislosti na alkoholu může být nejdokonaleji rozvinut v podmínkách ústavní léčby. (Marhounová, Nešpor, 1995, s. 83).

„Alkohol je velmi silná droga. Díky jeho nadměrnému užívání zemře každý rok v České republice čtyři až pět tisíc lidí.“ (Ganeri, 2001, s. 107).

3.2 Nealkoholové drogy a drogová závislost

Drogou může být nazýváno vše, co dokáže lidský organismus uspokojit - jídlo, sladkosti a čokoláda, pití, ale také například sex, práce a koníčky. Tedy to, co má rychlý a výrazný účinek na lidskou psychiku. Nejčastěji se drogou rozumějí psychoaktivní látky včetně alkoholu, kofeinu a také nikotinu. (Marhounová, Nešpor, 1995, s. 55 - 56).

V letech 1960 - 1990 se drogy stávají zejména ve vyspělých zemích společenským problémem a od roku 1990 již problémem globálním, který souvisí zejména s vytvořením světového nezákonného trhu s drogami. (Kalina, 2003, s. 15). Drogy jsou příčinou řady trestných činů, rozpadů rodin, mají špatný vliv na výchovu a rozvoj dětí. Drogy jsou tedy jak problémem sociálním, zdravotnickým tak i kriminologickým. (Sochůrek, 2001, s. 19).

„Podle Mezinárodní klasifikace nemocí je syndrom závislosti chápán jako skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost, než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více.“ (Marhounová, Nešpor, 1995, s. 56).

Mezinárodní klasifikace uvádí, že definitivní diagnóza závislosti by se měla stanovit pouze tehdy, jestliže jsou splněny minimálně tři z následujících jevů:

- silná touha nebo pocit užívat látku;
- potíže v kontrole užívání látky;
- somatický odvykací stav;
- průkaz tolerance na určitou drogu;
- postupné zanedbávání zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky;
- pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků.

(WHO, The ICD-10, 1992, s. 70).

Drogová závislost je charakterizována:

- silnou touhou užívat látku a v jejím užívání pokračovat;
- zvyšovat dávky pro dosažení účinku;
- psychickou nebo fyzickou závislostí včetně abstinčního syndromu.

Na vzniku drogové závislosti spolupůsobí:

- typ, charakter a dostupnost drogy;
- struktura osobnosti;
- působení sociálního prostředí;
- podnět nebo spouštěcí faktor. (Sochůrek, 2001, s. 22).

Psychoaktivní látky (přirozené nebo syntetické) vyvolávají závislost:

- působí psychostimulačně – vyvolávají stavy euforie a zrychlují psychomotoriku;
- působí psychoinhibičně – potlačují úzkost a depresi a snižují motoriku;
- působící desintegračně – vyvolávají iluze a halucinace.

Brány vstupu:

- ústy - per os, případně jinými tělesnými otvory;
- injekčně - parenterálně (intravenózně);

- inhalačně - kouřením nebo čicháním;
- pokožkou - např. pomocí náplastí.

Světová zdravotnická organizace rozdělila duševní poruchy a poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek na deset typů:

- poruchy vyvolané požíváním alkoholu;
- poruchy vyvolané požíváním opioidů;
- poruchy vyvolané požíváním kanabinoidů;
- poruchy vyvolané užíváním sedativ nebo hypnotik;
- poruchy vyvolané požíváním kokainu;
- poruchy vyvolané požíváním jiných stimulancií (včetně kofeinu);
- poruchy vyvolané požíváním halucinogenů;
- poruchy vyvolané užíváním tabáku;
- poruchy vyvolané užíváním prchavých rozpustidel;
- poruchy vyvolané požíváním několika látek a požíváním jiných psychoaktivních látek. (Marhounová, Nešpor, 1995, s. 56 - 57).

Uvedeny jsou v oddílu F 10 – F 19 Mezinárodní klasifikace nemocí viz. příloha C. (www.uzis.cz).

„Zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, je klíčovou mimotrestní normou upravující omezení v zacházení s omamnými a psychotropními látkami, přípravky a prekursory. Stanoví pravidla výzkumu, výroby, zpracování, odběru, skladování a používání těchto látek, přípravků a prekursorů, dále jejich koupě a prodeje, jakož i nabývání a pozbývání dalších věcných nebo závazkových práv s nimi spojených, zprostředkování smluv o jejich převodech a zastupování při uzavírání takových smluv. Toto zacházení s omamnými a psychotropními látkami, přípravky a prekursory je v zásadě množné pouze na základě zvláštního povolení, které ve smyslu § 4 a § 8 citovaného zákona vydává Ministerstvo zdravotnictví. Každé nakládání s nimi bez takového povolení je neoprávněné.“

(Sotolář in: Kalina, 2003, s. 59)

Závislost na drogách vzniká postupně, ale mnohem kratší dobu než na alkoholu. Drogovou závislost lze rozdělit do čtyř etap: fáze experimentování, fáze příležitostného užívání, fáze pravidelného užívání a fáze návykového užívání. (Vágnerová, 2000, s. 299 - 300).

3.2.1 Poruchy vyvolané požíváním opioidů

Opiáty patří do skupiny drog tlumící bolest. Jsou to sloučeniny extrahované z máku setého a jejich deriváty. (Ganeri, 2001, s. 46). Mají euforický, analgetický a uklidňující účinek. Prvotní zkušenost s nimi může být doprovázená nauzeou a zvracením. (Fisher, Škoda, 2014, s. 98).

Projevy intoxikace: nevolnost, hučení v uších, pocit tepla v obličeji, svědění (intoxikovaný se poškrabuje po celém těle i v komatu), povrchní dýchání, zúžení zornic, (které v konečném stádiu přechází v rozšíření zornic), hyperreflexie. Při chronickém abusu je nejvíce postižena oblast charakterových vlastností - závislý je líný, bez vůle, ztrácí libido i potenci, může být depresivní, má děsivé halucinace. Častá je nespavost, únava, podrážděnost nebo apatie. Nezdravá životospráva vede k celkovému vyčerpání organismu a kachexii. Časté infekce souvisejí s oslabením imunitního systému a s nesterilní aplikací drogy. Závislost se rozvíjí již po několika týdnech užívání. Dochází pak ke ztrátě kontroly nad užíváním a neovladatelnou touhou po droze, k vzestupu tolerance a tím i k potřebě stále vyšších dávek. (Minařík in: Kalina, 2003, s. 159).

Odvykací stav: úzkost, pocení, neklid, nespavost, podrážděnost, strach, zvýšení krevního tlaku, tachykardie, svalové křeče, poruchy řeči, třes a může dojít až ke kolapsu a smrti. (Fisher, Škoda, 2014, s. 98).

Léčba: substituce Metadonem nebo Buprenorfinem. Při rozvoji depresí nebo přetrvávajících poruchách spánku se využívá medikamentózní léčba. Kombinací Metadonu s psychoterapií je prokázána vyšší efektivita léčby. (Krambeer, 2001, s. 2404 - 2410).

Drogy této skupiny:

- **Heroin** – je celosvětově nejrozšířenější drogou této skupiny. Nejčastěji aplikovaný nitrožilně, dále pak šňupáním, kouřením a inhalací z aluminiové

fólie. Závislost vzniká rychle a těžce poškozuje osobnost. Vede k sociální degradaci včetně kriminality či prostituce za účelem získání finančních prostředků na drogu;

- **Braun** – je specificky česká droga. Vyrábí se v domácích laboratořích z léčiv obsahujících codein. Aplikace je nitrožilní. Má nižší potencional pro závislost než heroin;
- **Metadon** – je vyráběn pouze legálně pro medicínské účely jako látka pro substituční léčbu závislých na opioidech. Aplikace je perorální;
- dalšími zneužívanými opiáty jsou **Opium, Morfin, Dolsin a Kodein**.

(Minařík in: Kalina, 2003, s. 160 – 162).

3.2.2 Poruchy vyvolané požíváním kanabinoidů

Konopné drogy, které byly v Evropě známy a zřejmě také užívány už v hluboké historii, jsou psychicky aktivní látky nazývané cannabinoidy. Nejúčinnější z nich je tetrahydrocannabinol (THC). Kromě psychotropního efektu mají kanabinoidy analgetický vliv a potlačují nevolnost a zvracení. (Miovský in: Kalina, 2003, s. 174). Na černém trhu se vyskytují a jsou zneužívány dvě základní formy drogy: marihuana a hašiš. Konopné drogy jsou užívány především inhalací (kouřením). Méně často perorálně jako součást pokrmů či nápojů. (Fisher, Škoda, 2014, s. 100).

Projevy intoxikace: po aplikaci drogy nastupuje rychle, během několika desítek sekund až minut a trvá 3 - 6 hodin. Při perorálním požití je nástup pomalejší a účinek přetrvává déle. Charakteristické je sucho v ústech, pocit chladu, hlad, deformace ve vnímání času a prostoru, zrakové iluze, stav lehké euforie a příjemné nálady až bouřlivý a nezadržitelný smích. Patrné je výrazné překrvení spojivek - králičí oči, někdy také nevolnost a zvracení. (Miovský in: Kalina, 2003, s. 176). Při častém, nadměrném nebo dlouhodobém užívání se dostavuje zhoršení v oblasti krátkodobé paměti, schopnosti soustředění, kolísání nálad a nezájem. (Nešpor, Pernicová, Csémy, 1999, s. 16). Dosud nebyl popsán případ předávkování s následkem smrti.

Léčba: uživatelé obvykle sami nevyhledávají odbornou pomoc, ale většinou přicházejí pod nátlakem rodiny, partnera, školy a podobně.

Drogy této skupiny:

- **Marihuana** – sušené květenství a horní lístky ze samičí rostliny konopí. Obsah aktivních látek pěstovaných u nás se pohybuje v mezích 2 – 8 %, zahraniční v rozmezí 6 – 14 %;
- **Hašiš** – konopná pryskyřice s obsahem aktivních látek až 40 %.

(Miovský in: Kalina, 2003, s. 174 – 178).

3.2.3 Poruchy vyvolané užíváním sedativ nebo hypnotik

Skupina návykových látek se týká kromě sedativ a hypnotik i analgetik a anxiolytik, které mohou u uživatelů způsobit závislost. Ty se dále dělí na podskupiny opioidní a neopoidní, benzodiazepinové a nebenzodiazepinové. Léková závislost je velkým problémem, kterému by měla být věnována dostatečná pozornost.

Projevy intoxikace: útlum centrální nervové soustavy, ospalost, otupělost, celkový útlum s blábolivou řečí, při předávkování až hluboké bezvědomí. (Bayer, Hampl in: Kalina, 2003, s. 180). Závislost se vyvíjí velmi dlouhou dobu chronickým užíváním bez ohledu na četnost a velikost dávek. (Fisher, Škoda, 2014, s. 100).

Léčba: je dlouhodobou záležitostí a principem je obdobná jako u závislosti na alkoholu. U užívaných preparátů se musí pomalu snižovat dávkování nebo se musí nahradit lékem s delším biologickým poločasem. Podmínkou úspěchu je úplná abstinence, včetně abstinence alkoholu. Nezbytností je souběžné řešení primární poruchy, kvůli které pacient začal léky užívat.

Drogy této skupiny:

- **Analgetika** - léky k tlumení nebo odstranění bolesti s potencionální závislostí. Řada z nich je volně prodejná.
nesteroidní analgetika (antiflogistika) - působí v místě bolesti, kde se vytváří zánětlivá reakce. Při nižší až středně silné bolesti, bolesti kloubů, svalů. Jsou to např. Aspirin, Acylpirin, Brufen, Paralen, Panadol;
neopoidní analgetika (antipyretika) - jsou léky ke snížení bolesti a horečky. Takové léky závislost nezpůsobují, tu má za následek další přidávaná složka k lékům jako je codein, efedrin, kofein a barbituráty. Jsou to např. Alnagon, Korylan, Dinyl, Coldrex;

opioidní analgetika (anodyna) - se používají k tišení středně silné až silné bolesti po úrazech, operacích, u onkologicky nemocných. Chronické podávání vede k závislosti morfinového typu.

opioidní agonisté - Morfin, Dolsin, Kodein;

opioidní agonisté/antagonisté - Beforal, Subutex;

atypické opioidy - Tramal, Tramadol.

- **Hypnotika** - k léčbě spánkových poruch;

benzodiazepinová hypnotika - Nitrazepam, Dormicum, Rohypnol. Při užití vyšší dávky se objeví ospalost, neklid, úzkost, pokles víček, setřelá řeč, ataxie;

nebenzodiazepinová hypnotika - Hypnogen, Stilnox, léky s nízkou mírou závislosti.

- **Sedativa** - léky se zklidňujícím účinkem, Bellaspon.

- **Anxiolytika (trankvilizéry)** - léky ovlivňující náladu, k tlumení strachu a úzkosti. Jsou nejčastěji zneužívané. Návyk a závislost na nich vzniká rychle. Při náhlém vysazení může dojít k epileptickému záchvatu, proto se při detoxikaci musí dávka snižovat postupně;

benzodiazepinová anxiolytika - prakticky všechna vedou k návyku. Klinický obraz závislosti je podobný jako u benzodiazepinových hypnotik (Neurol, Xanax, Diazepam, Seduxen, Apaurin);

nebenzodiazepinová anxiolytika - Mydocalm, Quajacuran, Meproamat.

(Bayer, Hampl in: Kalina, 2003, s. 181 – 189).

3.2.4 Poruchy vyvolané požíváním kokainu

Kokain je látka řadící se obecně do stimulancií. Jde o alkaloid jihoamerického keře koka pravá. Jeho užívání je nejvíce rozšířeno v USA a Kanadě, ve střední Evropě je pouze okrajovou drogou pro jeho cenu. Tradičním způsobem užití je žvýkání kokových listů. Užívání kokainu je nejčastěji šňupáním, méně často injekčně. (Minařík in: Kalina, 2003, s. 164). *Crack* (chemicky forma volné báze) lze užívat inhalací. Účinky cracku jsou během krátké chvíle, ale přestávají tak rychle a intenzivně působit, jak rychle začaly. To způsobí silnou touhu po další dávce. (Ganeri, 2001, s. 28).

Projevy intoxikace:

Akutní účinky: rychlost nástupu závisí na formě podání. Účinky trvají krátce a asi po 30 minutách ustupují. Zvýšení krevního tlaku, tachykardie, rozšířené zornice, pocení, bledost, nevolnost, třes rukou a mrazení. To mohou být příznaky už při prvním užití. (Minařík in: Kalina, 2003, s. 164). Při po opakovaném užívání dochází k euforii, dobré náladě, povzbuzení, sebevědomí a sexuálnímu apetitu. (Sochůrek, 2001, s. 25).

Dlouhodobé účinky: vyvolávají psychickou závislost, stavy úzkosti, paniky a paranoidních stavů (toxické psychózy). Stoupá riziko srdečních a mozkových příhod. Dlouhodobé šňupání poškozuje sliznici nosu a může dojít až ke ztrátě čichu. Při těžké akutní otravě dochází ke křečím, horečce, slábne krevní oběh, pacient kolabuje a v důsledku ochrnutí dýchacího centra umírá.

Léčba: bezprostředně po vysazení přichází únava, několikadenní spánek, při bdělosti silný hlad, deprese, úzkost, sebevražedné myšlenky. Po odpočinku opět nastoupí silná touha po droze. Často pak dochází k relapsům, podrážděnosti a přetrvávajícím depresím. Tento stav trvá dny až týdny. Poté se obtíže zmírňují, touha po droze slábne. Poslední fáze trvá několik týdnů až měsíců.

3.2.5 Poruchy vyvolané požíváním jiných stimulancií (včetně kofeinu)

Psychostimulancia jsou látky s budivým efektem na centrální nervový systém. Typickými zástupci jsou pervitin, amfetamin, výše zmiňovaný kokain a méně typická extáze, kterou ve své práci zmíním v kategorii jiných psychoaktivních látek. Aplikace je ústy, šňupáním nebo nitrožilně. (Minařík in: Kalina, 2003, s. 166). V České republice se vyrábí v tajných laboratořích a varnách a prodává se v tzv. psaníčkách. (Ganeri, 2001, s. 16).

Projevy intoxikace: zvýšení psychomotoriky a bdělosti, urychlení myšlení, zahánění únavy, vyvolání euforií a pocitů síly a energie, snížení chuti k jídlu. Na druhé straně způsobují úzkost, která může vést k agresí. Po odeznění účinku se dostaví tzv. dojezd, který je podobný kocovině. K celkovému vyčerpání, únavě, bolesti kloubů, několikadennímu spánku a při bdělosti k velkému hladu dochází po delší „jízdě“, kdy bývá několikadenní opakované užití látky. Při dlouhodobém užívání vzniká psychická závislost, stoupá riziko srdečních a mozkových příhod. Při dlouhodobém užívání nastávají toxické psychózy: paranoidní domněnky, halucinace a postižení nálady,

poruchy paměti, deprese, strach, neklid, sebevražedné sklony. Stav velmi podobný schizofrenii, léčí se pomocí psychofarmak.

Odvykací stav: pouze psychický a jeho průběh je stejný jako u kokainu. Léčebná intervence spočívá v poradenství, ambulantní a ústavní léčbě, v terapii ve skupinách. Jde vždy o léčbu vedoucí k abstinenci.

Drogy této skupiny:

- **Pervitin:** (perník, péčko, piko, peří) genericky metamfetamin, čistý ve formě bílého prášku. Výchozí látkou je efedrin. V České republice jde o velmi rozšířenou nelegální drogu;
- **Amfetamin:** ve světě nejrozšířenější droga skupiny aminů, má slabší účinky než Pervitin (Minařík in: Kalina, 2003, s. 165 – 167);
- **Mefedron:** populární pouliční droga poslední doby, oblíbená taneční droga. Stimulační účinek v oblasti fyzické i psychické. Abstinenční syndrom je mírný, ale výrazný rozvoj je v psychické závislosti (Fisher, Škoda, 2014, s. 102);
- **Kofein** – obsažený v kávě, čaji, ale také v kakau, čokoládě a některých nápojích. Podporuje vylučování inzulínu, které vede ke snížení hladiny cukru v krvi, což může způsobit únavu, podrážděnost, sníženou schopnost koncentrace pozornosti a nespavost. Jde o stimulant nervové soustavy, ale při vyšších dávkách vyvolá její poruchy. (Marhounová, 1995, s. 63).

3.2.6 Poruchy vyvolané požíváním halucinogenů

Halucinogenní drogy jsou skupinou několika stovek různých látek, dělí se na:

- přírodní rostlinného původu a z hub;
- přírodní živočišného původu;
- poloumělé a umělé.

Projevy intoxikace: do několika minut až jedné hodiny, kdy závisí na množství požitých látek, její čistotě a citlivosti jedince. Pocity chvění, neschopnost ovládat pohyby, někdy závratě a nevolnost. Po chvíli příznaky odeznívají a při nižších dávkách se dostavují iluze, pseudohalucinace, zvýšené prostorové vnímání a vnímání barev, mírná euforie, dobrá nálada. Při vyšších dávkách pak poruchy myšlení, vztahovačnost až paranoidita,

poruchy paměti a pozornosti. Rizikovými jevy jsou depersonalizace (odosobnění), pocit ztráty schopnosti vcítění a derealizace, kdy intoxikovaný sám sebe vnímá jako „divák“.

U hub Lysohlávek mohou vysoké dávky způsobit poškození jater a ledvin. U lidí s vrozenou nebo vytvořenou dispozicí může dojít k rozvoji depresivních stavů, stavů úzkosti a napětí. Halucinogen může být také spouštěčem duševního onemocnění. Většina těchto stavů ustupuje s odeznívající intoxikací.

Léčba: poradenství, krátkodobá psychoterapie, při psychických komplikacích je indikace k psychiatrické léčbě.

Drogy této skupiny:

- **LSD:** na černém trhu ve formě tzv. tripů (malé papírové čtverečky s potiskem různých symbolů) či krystalů (granulky tmavěmodré nebo zelené barvy). Účinná látka musí být vázána na látku jinou, obvykle na stimulancia. Užití je postupným rozpouštěním pod jazykem. Velmi rozšířené je v rámci „taneční scény.“ (Miovský in: Kalina, 2003, s. 169 - 172). Nebezpečným jevem je *flash back* - stav, kdy se abstinující toxikoman dostane k subjektivnímu prožitku náhlé intoxikace i po roce abstinence. (Sochůrek, 2001, s. 25).
- **Psilocybin:** psychoaktivní látka obsažená v houbách rodu Lysohlávek. U nás nejrozšířenější přírodní halucinogen, který je snadno dostupný díky jednoduchému sběru a sušení. Užívá se perorálně.
- **Ostatní halucinogeny:** např. **Bufotenin** (ropuší jed) nebo **Muscarin** (jed obsažený v muchomůrce červené). Jsou více nebezpečné, ale mají obtížnou dostupnost a složitost přípravy. (Miovský in: Kalina, 2003, s. 172).
- Velmi časté otravy jsou způsobené požitím **durmanu obecného, blínu černého, mandragory lékařské** nebo **rulíku zlomocného**. (Fisher, Škoda, 2014, s. 106).

3.2.7 Poruchy vyvolané užíváním tabáku

Návykovou látkou obsaženou v tabákovém kouři nebo tabáku je toxický rostlinný alkaloid - nikotin, což je tekutina bez barvy a zápachu. Závislost začíná kombinací psychické a sociální závislosti, u 60 - 70 % kuřáků vzniká závislost fyzická. Aplikace je šňupáním, žvýkáním listů tabáku a kouřením ve formě doutníku, dýmky

nebo cigarety. (Králíková in: Kalina, 2003, s. 205). Jde o psychicky bezpečnou, legální, dostupnou a tolerovanou drogu, ale je protizákonné tabák prodávat osobě mladší osmnácti let. (Ganeri, 2001, s. 101).

Akutní a dlouhodobé účinky: místní podráždění sliznic, nauzea, bolesti hlavy a průjem, které kuřák většinou rychle překoná a vzniká tolerance. Kardiovaskulární onemocnění, nádory a chronická plicní onemocnění vznikají jako následek dlouhodobého užívání.

Abstinenční příznaky: nezvladatelná touha po cigaretě, podrážděnost, nervozita, změny nálady, smutek, deprese, nesoustředěnost, poruchy spánku, únava, zvýšená chuť k jídlu. Objevují se několik hodin od poslední dávky nikotinu.

Léčba: prvotní je rozhodnutí kuřáka přestat kouřit. Konzultace v poradnách pro odvykání kouření. Náhradní terapie nikotinem ve formě žvýkaček, náplastí a inhalátorů proti vzniku abstinčních příznaků. Farmakologická léčba závislosti na tabáku bupropionem Zyban - původně antidepressivum. (Fisher, Škoda, 2014, s. 97).

3.2.8 Poruchy vyvolané užíváním prchavých rozpustidel

Skupinou návykových látek jsou těkavé látky a inhalační drogy. Řadíme sem některá rozpouštědla, ředidla, lepidla, ale také éter a rajský plyn. Zneužívání této skupiny látek je velmi nebezpečné a podceňované. Legislativní opatření jsou zatím nedostatečná. (Hampl in: Kalina, 2003, s. 193). Rozpouštědla se aplikují inhalačně přímo nebo z kousku tkaniny, která je rozpouštědlem napuštěna. (Fisher, Škoda, 2014, s. 104).

Projevy intoxikace: společným znakem po užití je ovlivnění centrální nervové soustavy projevující se euforií, útlumem a halucinacemi zrakovými či sluchovými, vyhasínají emoce. Tlumí psychomotoriku a později nastupuje strach z neznámého. Toxikomany označovaný jako „stíha“. (Sochůrek, 2001, s. 26). Velmi často se zneužívání objeví u žáků vyšších ročníků základních škol, příčinou je snadná dostupnost, cena a zvědavost.

Léčba: psychoterapie, v případě nezletilých je nutná spolupráce s rodiči a se školou.

Drogy této skupiny:

- **Toluen (methylbenzen):** rozpouštědlo a ředidlo laků, levné a volně prodejně v drogeriích. Nejrozšířenější zástupce inhalačních drog u nás. Účinek nastoupí během několika minut a je krátkodobý - pocit euforie, živé a barevné halucinace, útlum, spánek a poruchy vědomí, kdy může dojít k bezvědomí až komatu s následkem srdeční zástavy, zástavy dechu nebo k udušení zvratkou. Při delším užívání dochází k celkovému otupění, poruchám chování a emotivity, k labilitě, agresivitě, ztrátě zájmů a výkonnosti. Toxické poškození jater a ledvin, poleptání dýchacích cest a aspirační pneumonie jsou dalšími účinky dlouhodobého užívání. Vyvolává psychickou závislost.
- **Trichlorethylen:** všestranné rozpouštědlo, které bylo součástí čistícího prostředku Čikuli a zneužíváno žáky základních škol ve věku 13 - 14 let. Toto rozpouštědlo se používá na některých průmyslových pracovištích, kde bývá zneužíváno zaměstnanci jako inhalační droga. Způsobuje euforii a zrakové a sluchové halucinace.
- **Aceton** - rozpouštědlo;
- **Éter** - dříve používaný k narkózám a tím zneužívaný;
- **Benzin** - pohonná hmota;
- **Rajský plyn (oxid dusný)** - společně s kyslíkem vyvolá po vdechnutí opojný bezbolestný stav. Používá se ke krátkodobým narkózám. Jeho zneužití je z tlakových lahvíček na výrobu šlehačky a z nafukovacích balónků, ze kterých se vdechuje. (Hampl in: Kalina, 2003, s. 194 – 195).

3.2.9 Poruchy vyvolané požíváním několika látek a požíváním

jiných psychoaktivních látek

Kombinace několika látek bývá velmi častá, v převážné většině s alkoholem a tabákem, ale také s léky.

Další psychoaktivní látky:

- **Extáze (MDMA)** – byla patentována jako lék na hubnutí, nikdy však k těmto účelům používána nebyla. Moderní droga technoscény patří mezi celosvětově nejrozšířenější drogu užívanou mladými lidmi na tanečních party, v klubech

a akcích za typické hudby jako je styl techno, house, rave apod. Masový rozvoj užívání extáze na těchto speciálních akcích přináší specifické intervence, kdy přímo na těchto místech bývají místnosti pro ochlazení a dostatek studené pitné vody. Její uživatelé jí považují za příjemnou a bezpečnou drogu, na kterou nevzniká závislost. Intenzivně tančí, aniž by cítili vyčerpání. (Minařík, Páleníček in: Kalina, 2003, s. 200). Nejčastěji má podobu bílé nebo hnědé tablety různého tvaru a velikosti nebo barevné kapsle. Účinek bývá do dvaceti minut a trvá řádově hodiny. Často bývá kombinována s amfetaminy, kokainem, THC nebo alkoholem pro dosažení silnějšího efektu. (Ganeri, 2001, s. 31).

Projevy intoxikace: zpočátku neklid a mírná zmatenost, mohou být doprovázeny nevolností a zvracením. Poté fáze klidu a pohody, mizí stres, nastupuje dobrá nálada. V páru pak pocity empatie, lásky, komunikace, potřeba dotýkat se druhého, celková psychická a fyzická stimulace, snížená chuť k jídlu a malá potřeba spánku, rozšířené zornice, rychlý tep, vyšší tlak a vzestup teploty. Druhý den po užití stav kocoviny s bolestí svalů a kloubů, zhoršení nálady.

Nežádoucí účinky: komplikací bývá hypertermie. Tím může dojít k narušení vnitřního prostředí organismu a k metabolickému rozvratu, bušení srdce a bolesti hlavy následkem vzestupu tlaku a pulsu s rizikem krvácení do mozku, poškození jater, poškození imunitního systému. U disponovaných jedinců možnost provokace psychotického stavu.

Léčba: léčí se pouze nežádoucí účinky extáze.

- **Fenylcyklidin (PCP, andělský prach)** – psychoaktivní látka s budivými, bolest tlumícími a halucinogenními účinky. Dříve jako anestetikum, později zakázané pro ztrátu orientace, neklid a zmatenost. Užívá se orálně, intravenózně, šňupáním a nejčastěji kouřením. (Minařík, Páleníček in: Kalina, 2003, s. 202). Po požití nastává trans, lidé se cítí malí, silní a lehcí, dochází ke snížení citlivosti, rozmazanému vidění a ke ztrátě plynulosti řeči. (Ganeri, 2001, s. 48).
- **Ketamin (Ket, „K”)** – celkové anestetikum. Intoxikace bývá vnímána jako nepříjemná, mizí chuť a vůně, míchají se časové souvislosti, zážitky smrti, halucinace, ztráta citlivosti hmatu. Často nevolnost, omezený pohyb a slovní

projev. Odeznívá asi po hodině. Předávkování ohrožuje život. Aplikace je intravenózní nebo šňupáním ve formě prášku. (Minařík, Páleníček in: Kalina, 2003, s. 203).

3.3 Bezdomovectví

„Člověk má jeden domov, ale bezdomovec sto.“

(Rómské přísloví)

Bezdomovectví je vnímáno či chápáno jako důsledek komplexního sociálního selhání jednotlivce a dotýká se každého státu na světě. Odborná literatura pojem bezdomovci vysvětluje jako osoby bez přístřeší, sociálně slabé nebo nepřizpůsobivé, jako jedince žijící v nepřístojných podmínkách.

3.3.1 Typologie bezdomovectví

Autoři knih rozdělují bezdomovectví podle jejich pohledu na danou problematiku a od toho se odvíjí i typologie bezdomovectví.

Typologie podle způsobu bydlení:

- **zjevné bezdomovectví** – osoby přespávající v parcích, pod mosty, v nepoužívaných vagónech, v kanálech apod.;
- **skryté bezdomovectví** – lidé bez stálého bydlení, nepřespávají na ulici, ale uchylují se do nocleháren, ubytoven nebo ke známým;
- **potencionální bezdomovectví** – lidé, kteří zatím bydlí, ale ne ve svém a bezdomovectví bezprostředně hrozí.

Typologie podle časového hlediska:

- chronický;
- epizodický;
- přechodný typ bezdomovce.

Další možné typologie:

- podle místa, kde přespávají;

- podle hlediska příčin;
- podle délky pobytu na ulici;
- podle způsobu obživy apod. (Marek, Strnad, Hotovcová, 2012, s. 12 - 14).

Tito lidé většinou ztratili domov, byli vyloučeni ze sociálního života a jsou tím odsunuti na okraji společnosti. Dochází k odtržení od hodnotového a normativního systému a k zásadní změně životního stylu. Ztráta profese a ekonomické soběstačnosti, ztráta rodiny, blízkých a přátel, redukovaný styl života, závislost na charitativních organizacích, žebrání, prohledávání odpadků a kriminální činnosti. Musí se naučit vyrovnávat se s neustálým ohrožením života na ulici. Často dochází k postupné desocializaci. (Vágnerová, Csémy, Marek, 2013, s. 9 - 10). Společností jsou odmítáni a odsuzováni. Schopnost soucítit s bezdomovci bývá vyčerpána a trpělivost ztracena. Veřejností jsou vnímáni jako sociální problém. (Link, 1995, s. 533 - 555).

3.3.2 Příčiny bezdomovectví

Příčiny bezdomovectví se dají rozdělit do tří skupin:

- **primární příčiny:** zapříčinění bezdomovectví – sociální úpadek osobnosti;
- **sekundární příčiny:** pobývání „na ulici“ i přes poskytnutou pomoc – psychický úpadek osobnosti, ztráta síly se sebou něco dělat;
- **terciální příčiny:** návraty „na ulici“- nezařazení se zpět do společnosti.

Okolnosti vedoucí k bezdomovectví mohou být v konečném důsledku všemi níže zmiňovanými příčinami:

- nezaměstnanost;
- závislost na návykových látkách nebo alkoholu;
- rozpad rodiny a sociální izolace;
- propuštění z ústavu nebo vězení;
- psychické problémy a nemoci;
- tíživá zdravotní a sociální situace;
- u mladých lidí potřeba svobody a nezávislosti;
- touha experimentovat se svým životem;
- životní směr a nalezení žádoucí zkušenosti;

- hledání nových zkušeností a jejich limitů;
- únik před závažnými a dlouhodobými problémy. (Marek, Strnad, Hotovcová, 2012, s. 16 - 21).

Mladí lidé žijící na ulici většinou dodržují běžné sociální standardy. Distančují se od komunity bezdomovců a jsou přesvědčeni, že jejich pobyt na ulici je přechodným obdobím v jejich životě. Mají větší šanci změnit svůj život. (Vágnerová, Csémy, Marek, 2013, s. 10 - 11).

U lidí bez domova dochází ke ztrátě řádu a hranic. Dominantním pocitem je nenaplněnost času a nuda, denním režimem konzumace alkoholu a drog. Kromě potřeby bezpečného spánku ztrácejí soukromí a pravidelnou možnost hygieny. Odkudkoliv, kde přebývají, mohou být vyhoštěni, život na ulici se pro ně stává potulováním bez cíle. Bezdomovci se často scházejí na jednom místě, kde mají zdroj obživy, ale také kontakt a popíjení s jinými bezdomovci. (Marek, Strnad, Hotovcová, 2012, s. 84 - 85).

3.3.3 Sociální práce s bezdomovci

Systém sociálních služeb u nás je rozdělen do tří stupňů - terénní práce, stupeň nízkoprahových středisek a systém pobytových služeb. U každého z těchto stupňů je vždy vyžadována vyšší forma spolupráce. Od ochoty přijetí pomoci až po řešení vlastních financí, povinností a zaměstnání. (Vágnerová Csémy, Marek, 2013, s. 306).

- **Terénní sociální práce** – *streetwork*, práce na ulici, kdy sociální pracovník přichází za klientem. Prvořadý je vztah pracovníka a klienta, navázání důvěry a kontaktu. Hlavní činností je poskytnutí základního sociálního poradenství, doporučení nebo zprostředkování služeb a osvětová činnost.
- **Sociální práce v nízkoprahovém centru** – tato práce se zaměřuje na klienty, kteří nevyhledávají oficiální cestu pomoci. Jde především o nízkoprahová denní centra, kde se jedná o okamžitou kontaktní práci v daném prostředí (strava, hygiena, ošacení, odpočinek, pomoc sociálního pracovníka, psychologa a lékaře). Při pravidelných návštěvách je vhodné vytvořit individuální plán s cílem reintegrace klienta do společnosti. Hlavními cíli je zajištění dokladů totožnosti, vyhledání alespoň minimálního pravidelného příjmu a nalezení bezpečného místa k přespaní.

- **Systém pobytových služeb** – je ubytování v noclehárnách, azylových domech nebo v chráněném bydlení. Podmínky pro ubytování si každá organizace určuje sama. Jedná se převážně o prokázání totožnosti, úhrada poplatku za nocleh, dostavení se v určitém časovém rozmezí a podmínka střízlivosti. V České republice jsou pobytové služby pro osoby bez přístřeší značně omezeny, chybí návazné pobytové služby - chráněné bydlení a tréninkové byty, které navazují na azylové bydlení s rozdílem, že klient je samostatný a sociální pracovník za ním jednou do měsíce dochází zkontrolovat, jak si dotyčný vede.

V otázce bezdomovectví působí pouze městské neziskové nebo příspěvkové organizace měst, které zajišťují akutní služby. V České republice je tento problém dlouhodobě opomíjen a zanedbáván. (Marek, Strnad, Hotovcová, 2012, s. 116 - 144).

Zátěžovým obdobím v poskytování služeb a pomoci je období zimních měsíců. V současnosti v době největších mrazů řada větších měst poskytuje přechodná ubytování a mimořádné služby pro bezdomovce. Příkladem uvádím projekt „Teplá židle“ v Berouně, který zahájila farní charita Beroun v roce 2012. Projekt je financován z rozpočtu města. Denní centrum je v době mrazů, kdy teploty klesnou pod -10° Celsia otevřeno nepřetržitě a poskytuje lidem bez domova provizorní ubytování a přespaní v místnosti se sociálním zázemím. (www.denik.cz).

4 Možnosti řešení a prevence alkoholismu, drogové závislosti a bezdomovectví

4.1 Možnosti řešení a prevence alkoholismu

Prevenčí alkoholismu a škodlivým užíváním alkoholu by se měli zabývat již odpovědní pracovníci na základních školách, protože zejména dospívající děti (7. - 9. třída ZŠ) již alkohol okusí. Protože známe rizika, které nadměrné pití alkoholu přináší, prevence je velmi důležitá již od školního věku.

U dospělého bývají spouštěčem závislosti na alkoholu stresová období, špatná ekonomická situace rodiny nebo rodinné problémy, velké množství práce a nedostatek času. Pokud se závislost projeví a závislý je ochoten podstoupit léčbu, je mnoho způsobů, jak nemocnému pomoci. Patří sem tělesné vyšetření, léčba tělesných i duševních obtíží, individuální nebo skupinové psychoterapie k překonání duševních i životních problémů, nalezení porozumění, pomoci a opory.

Ambulantní léčba: probíhá ve specializovaných zařízeních, nevyžaduje pracovní neschopnost. Kromě individuální terapie existují i psychoterapeutické skupiny a velmi důležitá je také spolupráce s rodinou.

Ústavní léčba: je pro klienty, kteří nezvládají ambulantní léčbu. Bývá potřebná i u zdravotních nebo psychiatrických komplikací po alkoholu. Nejvhodnější z ústavní léčby je specializovaná odvykací léčba, kterou nabízí řada zařízení v České republice. Délka ústavní léčby je individuální nebo pevně stanovená. Využívá se skupinová terapie, principy terapeutické komunity, relaxační techniky, jóga, dostatek tělesné aktivity ke zlepšení nálady a kondice, rodinná terapie a socioterapeutický klub (zde se setkávají ti, které spojuje snaha překonat problémy s alkoholem).

Denní stacionář: pacient dochází na léčbu jako do zaměstnání. Bývá v pracovní neschopnosti. Výhodou je trvalý kontakt s rodinou.

Podpurná léčba: lék Antabus, který po požití alkoholu způsobí zčervenání, zarudnutí spojivek, bušení srdce, bolest hlavy, nevolnost, zvracení až mdlobu. Pomáhá tak

odvykajícímu chránit se bemyšlenkovitému pití alkoholu, vytvořit zdravé návyky a překonávat obtížné situace. K moderním lékům patří látky mírnící bažení - craving (touha pociťovat účinky psychoaktivní látky, silnější v počátcích abstinence, při úzkostech a depresích) Campral a ReVia. (Nešpor, 2006, s. 83 - 85).

Prevenci alkoholismu můžeme rozdělit na:

- **primární prevence** - předcházení problémům s alkoholem u těch, kteří ho ještě nezačali škodlivě užívat;
- **sekundární prevence** - poskytnutí efektivní pomoci těm, kdo začali alkohol pít, ale stav příliš nepokročil;
- **terciální prevence** - se překrývá s léčbou závislosti na alkoholu s mírněním škod. (Nešpor, Csémy, Pernicová, 1999, s. 6).

4.2 Možností řešení a prevence drogové závislosti

Uživatelé drog jsou ohroženi nejen intoxikací nebo vznikem toxické psychózy, ale také zvýšeným rizikem infekčních chorob, vyšším rizikem otrav a úrazů. Stávají se oběťmi násilných trestných činů. Proto je naprosto nutná prevence užívání drog a v případě vzniku závislosti odborná pomoc. (Marhounová, Nešpor, 1995, s. 81).

Tu lze rozdělit na tři typy:

- farmakologická léčba;
- abstinенčně orientovaná léčba;
- detoxikace. (Fisher, Škoda, 2014, s. 111).

Odborná pomoc může být jednorázová, ambulantní nebo ústavní. Obdobná jako u léčby závislosti na alkoholu.

Jednorázová pomoc: probíhá v ambulancích a poradnách a mívá podobu rozhovoru.

Ambulantní péče: může být zrealizována v rozsahu několika měsíců až let.

Ústavní léčba: může být krátkodobá k využití překonání odvykacích obtíží a zlepšení tělesného stavu. Dále středně dlouhá a dlouhodobá zahrnující několik let.

Další pomoc lze vyhledat v ambulancích dětské a dorostové psychiatrie, na linkách důvěry, v centrech krizové intervence, ve specializovaných zařízeních pro mládež, v lůžkových psychiatrických odděleních a léčebnách, ve specializovaných zařízeních pro dospělé, v pedagogicko-psychologických poradnách, v poradnách pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy. (Marhounová, Nešpor, 1995, s. 81).

Prevence pro snížení poptávky po drogách se podle WHO rozděluje na:

- **primární prevence** – předcházení prvnímu užití drogy;
- **sekundární prevence** – předcházení vzniku, rozvoji a přetrvávání závislosti u osob, které již drogu užívají a nebo se na ní stali závislí (včasná intervence, poradenství, léčení);
- **terciální prevence** – předcházení vážnému nebo trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog - sociální rehabilitace, doléčování, podpora v abstinenci, prevenci zdravotních rizik u neabstinujících klientů. (Kalina, 2003, s. 17).

Výčet odborné pomoci drogově a jinak závislým ve Středočeském kraji uvádíme v příloze D . (www.ikatalogy.nidm.cz).

4.3 Možnosti řešení a prevence bezdomovectví

Krizová intervence

Jejím cílem je v aktuální situaci uklidnit klienta, stabilizovat jeho stav a snížit riziko prohlubování krize. Následně řešit jeho budoucnost a hledat možnosti řešení krizové situace. Za rizikové skupiny jsou považováni závislí, depresivní, osamělí a lidé, kteří se pokusili o sebevraždu.

Pracovník krizové intervence nabízí klientovi pomoc s cílem:

- usnadnit komunikaci;
- umožnit mu správný odhad problému a jeho řešení;
- pomoci při vyjadřování emocí;
- získat sebedůvěru,
- zmapovat možnost podpory jeho okolí. (Libra in: Kalina 2003, s. 277).

Terénní práce (streetwork)

Specifickou formou pomoci je terénní práce, která je poskytována přímo na ulici. Hlavními důvody této pomoci jsou cílové skupiny, které se nedaří účinně oslovit intervencí nebo tyto intervence neposkytují služby konkrétní pomoci, která je požadována a dále pak sociální prevence. Velmi důležité je s rizikovými klienty, kteří nejsou motivováni ke změně chování a životního stylu navázat vztah postavený na vzájemné důvěře s následnou motivací ke změně. (Hrdina, Korčišová in: Kalina 2003, s. 159).

Chráněné bydlení

Chráněné bydlení je forma sociální stabilizace klienta přechodně poskytovaným ubytováním s kontaktním pracovištěm. Takové pracoviště je součástí komplexních sociálních a zdravotních služeb. Cílem je zajištění ubytování při absolvování léčebných a resocializačních služeb. Toto bydlení si klienti plně hradí nebo na něj přispívají a je časově omezeno, u nás max. jeden rok. Pravidlem je dodržování bezdrogového prostředí a respektování práv ostatních spolubydlících. Bydlení má podobu bytu nebo pokojů v určitém objektu s možností přijímání návštěv, jejich ubytování a vlastnictvím klíčů od bytu. Je to služba posilující sociální kompetence klientů. (Dvořák in: Kalina 2003, s. 215 - 216).

Prevence bezdomovectví:

- **primární stupeň** – obecná prevence, informace a osvěta o bezdomovectví;
- **sekundární stupeň** – sociální intervence pro jednotlivce i rodiny v bytech, kde bezdomovectví hrozí převážně z důvodu absence plateb za bydlení a možného zadlužení a vykázaní z bytu;
- **terciální stupeň** – dostupnost bydlení pro nemajetné, sociálně znevýhodněné a osoby v akutní krizi spojené se ztrátou bydlení.

(Marek, Strnad, Hotovcová, 2012, s. 144 - 145).

Seznam sociálních a ubytovacích služeb ve Středočeském kraji viz. příloha E. (www.ikatalogy.nidm.cz).

5 Výzkum vývoje sociálně patologických jevů na území Středočeského kraje z pohledu Zdravotnické záchranné služby

K zjištění vývoje sociálně patologických jevů na území Středočeského kraje z pohledu Zdravotnické záchranné služby jsme v praktické části bakalářské práce zvolili dvě možnosti šetření. První je analýza statistických dat v období let 2010 - 2015 z dokumentace Záchranné služby. Tato statistika je vedena na Zdravotnickém operačním středisku v Kladně. Druhou částí je anonymní dotazníkové šetření pomocí nestandardizovaného dotazníku. Tyto dotazníky byly distribuovány v tištěné podobě záchranářům Zdravotnické záchranné služby Středočeského kraje.

5.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je zjištění vývoje sociálně patologických jevů na území Středočeského kraje z pohledu Zdravotnické záchranné služby porovnáním výsledků statistických dat poskytnutých Zdravotnickým operačním střediskem a námi zjištěných výsledků dotazníkového šetření od záchranářů Středočeského kraje tak, jak tyto jevy vnímají při své práci oni sami. Vymezené období jsme stanovili na posledních pět let, tj. mezi lety 2010 - 2015.

5.2 Hypotézy

Pro naplnění cíle výzkumu jsme stanovili tyto hypotézy:

Hypotéza č. 1: Předpokládáme, že více než 70 % respondentů se ve své praxi setkává s nejčastějším sociálně patologickým jevem, kterým je alkoholismus.

Hypotéza č. 2: Předpokládáme, že více než 50 % respondentů vnímá během posledních pěti let zvýšený nárůst k pacientům v ebrietě.

Hypotéza č. 3: Předpokládáme, že více než 50 % respondentů vidí hlavní příčinu nealkoholové drogové závislosti ve snadném přístupu k omamným látkám.

Hypotéza č. 4: Předpokládáme, že více než 50 % respondentů vidí hlavní příčinu bezdomovectví v závislosti na alkoholu, drogách nebo jiných sociálně patologických jevech.

Hypotéza č. 5: Předpokládáme, že více než 30 % respondentů danou problematiku ve své profesi vnímá, ale neví, jak těmto klientům pomoci.

5.3 Metodika výzkumu

Pro dosažení cíle našeho výzkumu jsme využili v první části praktické části bakalářské práce dostupná statistická data ze Zdravotnického operačního střediska Středočeského kraje.

V druhé části jsme použili metodu anonymního dotazníkového šetření s patnácti výzkumnými otázkami. Pohlaví, věk, pracovní zařazení a délka praxe byly otevřené otázky, které nenabízely respondentům žádnou variantu odpovědi. 11 otázek nabízelo vždy jen jednu odpověď, u dalších 4 otázek byla možnost vyjádření vlastní odpovědi. V průběhu listopadu 2015 jsme rozeslali 140 kusů dotazníků v tištěné podobě na všechna stanoviště Zdravotnické záchranné služby Středočeského kraje. Ze 140 dotazníků se do ledna 2016 vrátilo 120 kompletně vyplněných dotazníků. Návratnost těchto dotazníků byla 86 %. Celkově jsme tedy k výzkumnému šetření získali 120 respondentů z řad záchranářů Středočeského kraje. Z jejich odpovědí proběhla následná analýza a vyhodnocení dotazníku.

V závěru bakalářské práce jsme provedli komparaci dosažených výsledků ze statistických dat a dotazníkového šetření.

5.4 Statistika dat z dokumentace a jejich analýza

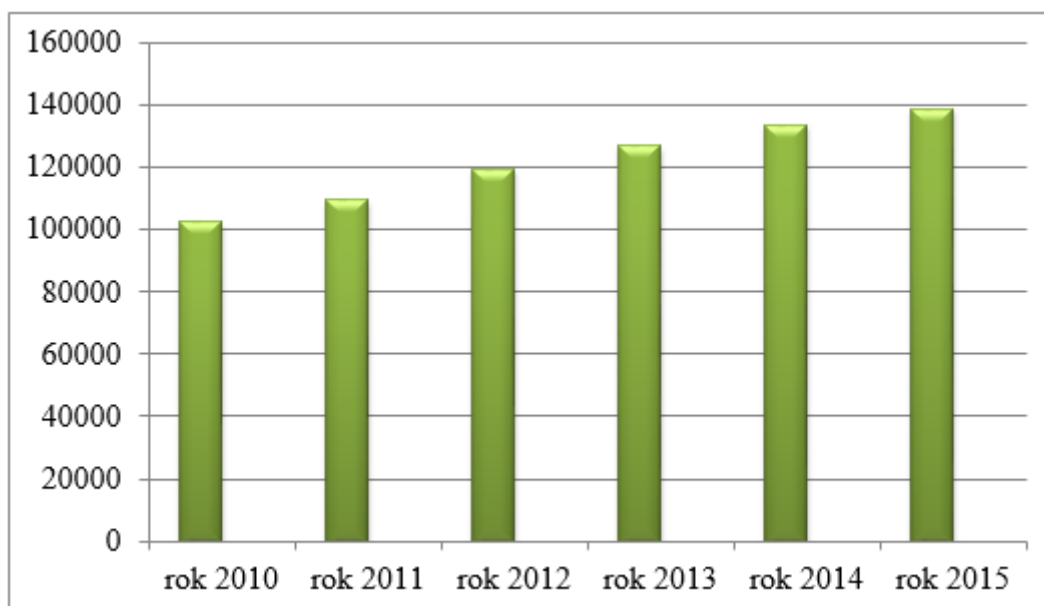
Statistická data nám byla poskytnuta vedoucím Zdravotnického operačního střediska v Kladně. Tato data obsahují celkový počet výjezdů uskutečněný posádkami

Zdravotnické záchranné služby v rozmezí let 2010 - 2015 a dále dostupná data Záchrané služby Středočeského kraje týkající se pacientů pod vlivem alkoholu, omamných látek, suicidálních pokusů včetně sebepoškození a veřejného a domácího násilí. Bezdomovectví statisticky sledováno není. Provedli jsme analýzu těchto dat z období let 2010 - 2015.

Tabulka 1 - Statistická data výjezdů ZZS SČK v letech 2010 - 2015

Rok	Celkový počet výjezdů ZZS SČK	Počet výjezdů ZZSSČK k sociálně patologickým jevům
2010	102 604	6 675
2011	109 792	7 367
2012	119 514	7 793
2013	126 964	7 950
2014	133 681	8 926
2015	138 853	8 483

V roce 2010 byl celkový počet výjezdů Záchrané služby Středočeského kraje 102 604. Za pět let počet výjezdů vzrostl o 36 249 výjezdů na celkový počet 138 853 výjezdů. Z tohoto celkového počtu se počet výjezdů ke sledovaným sociálně patologickým jevům v letech 2010 - 2015 pohybuje mezi 6 % - 7 %. S rostoucím počtem výjezdů narůstají zároveň i výjezdy k podnapilým, k pacientům pod vlivem drog, k suicidálním pokusům a k domácímu i veřejnému násilí. Výjimku tvoří pouze rok 2015. Podrobnější výčet výjezdů k jednotlivým sociálně patologickým jevům je uveden v Tabulce 2.



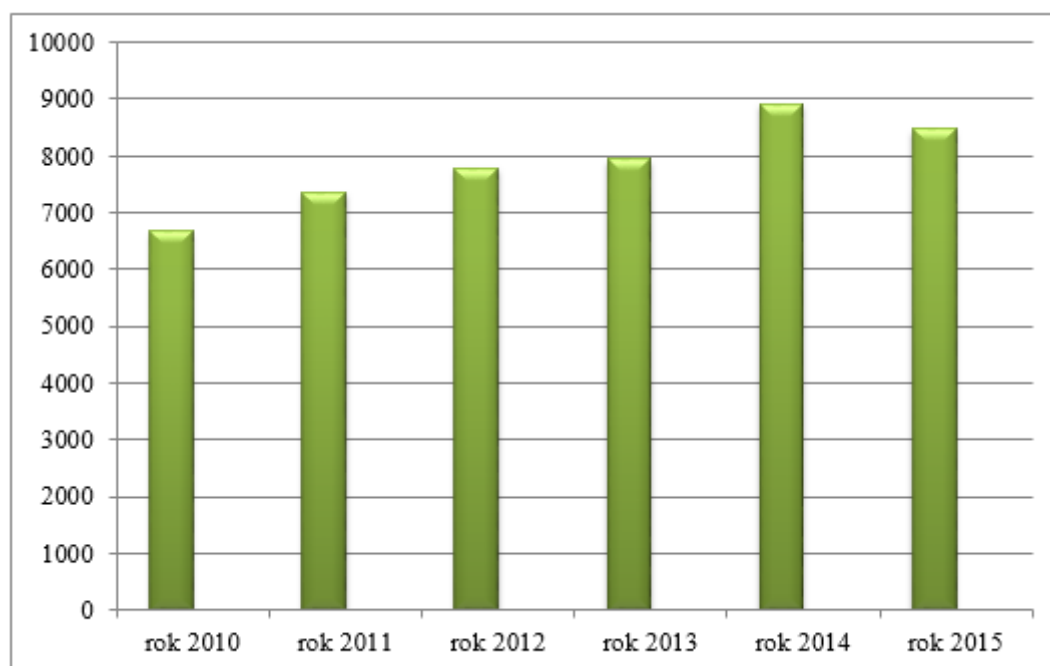
Graf 1 - Statistická data výjezdů ZZS SČK v letech 2010 - 2015

Z celkového počtu výjezdů Zdravotnické záchranné služby Středočeského kraje vyplývá Graf 1, v kterém je vidět jejich vzrůstající počet. V roce 2010 byl celkový počet výjezdů 102 604, v roce 2011 stoupl na 109 792 výjezdů, v roce 2012 bylo již 119 514 výjezdů. 126 964 výjezdů se uskutečnilo v roce 2013. V roce 2014 Zdravotnické operační středisko eviduje 133 681 výjezdů a v roce 2015 již 138 853 výjezdů lékařských a zdravotnických posádek Záchrané služby Středočeského kraje.

Tabulka 2 - Statistická data sociálně patologických jevů ZZS SČK v letech 2010 - 2015

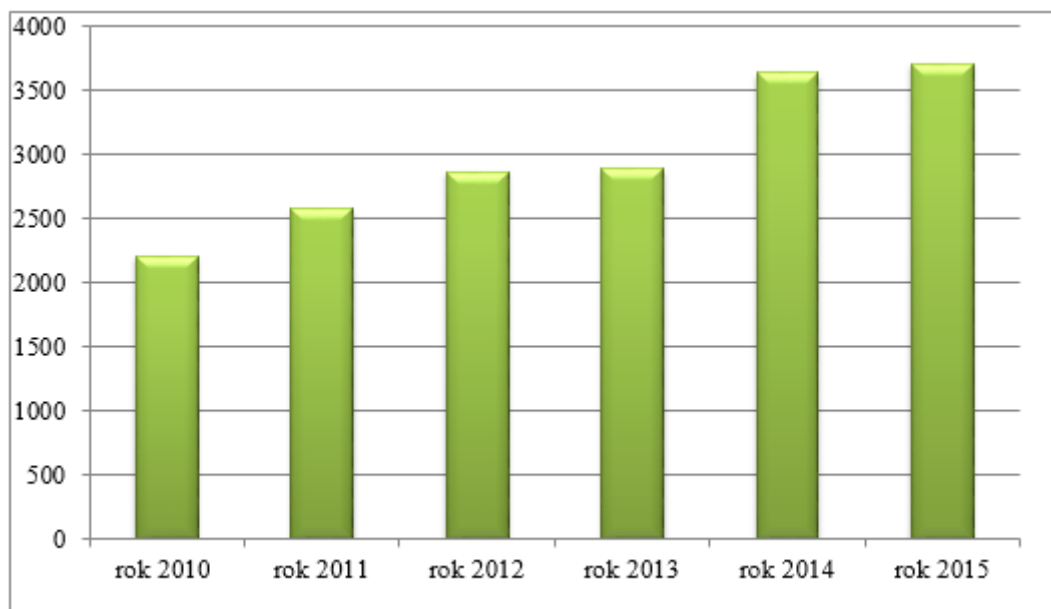
Rok	Alkohol	Omamné látky	<u>Suicidum</u>	Násilí	Celkem
2010	2 208	300	3 310	857	6 675
2011	2 574	412	3 352	1 029	7 367
2012	2 858	463	3 485	990	7 793
2013	2 888	553	3 553	956	7 950
2014	3 636	618	3 710	962	8 926
2015	3 704	630	3 052	1 097	8 483

V roce 2010 činil celkový počet výjezdů ke statisticky sledovaným sociálně patologickým jevům 6 675 (100 %), v roce 2011 dosáhl počet výjezdů 7 367 (100 %), 7 793 (100 %) výjezdů v roce 2012, v roce 2013 7 950 (100 %) výjezdů, 8 926 (100 %) výjezdů k těmto pacientům bylo v roce 2014 a 8 483 (100 %) výjezdů v roce 2015. Celkový počet výjezdů v letech 2010 - 2015 k těmto sledovaným sociálně patologickým jevům byl 47 194.



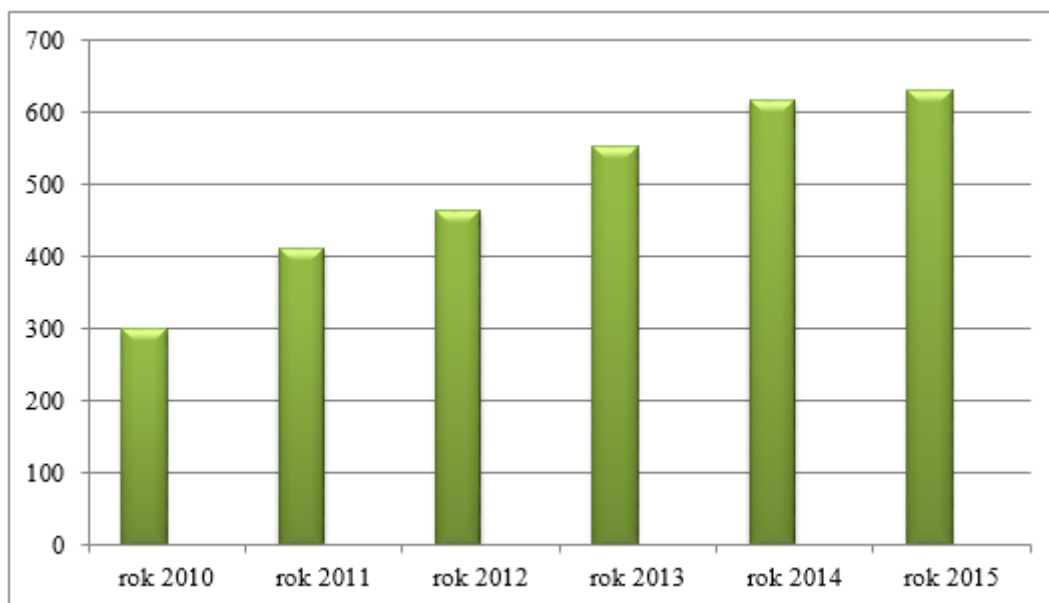
Graf 2- Statistická data sociálně patologických jevů ZZS SČK v letech 2010 - 2015

Z Grafu 2 je možné vidět stoupající nárůst výjezdů k sociálně patologicky nemocným od roku 2010 do roku 2014, pouze v roce 2015 byl zaznamenán mírný pokles oproti předchozím rokům.



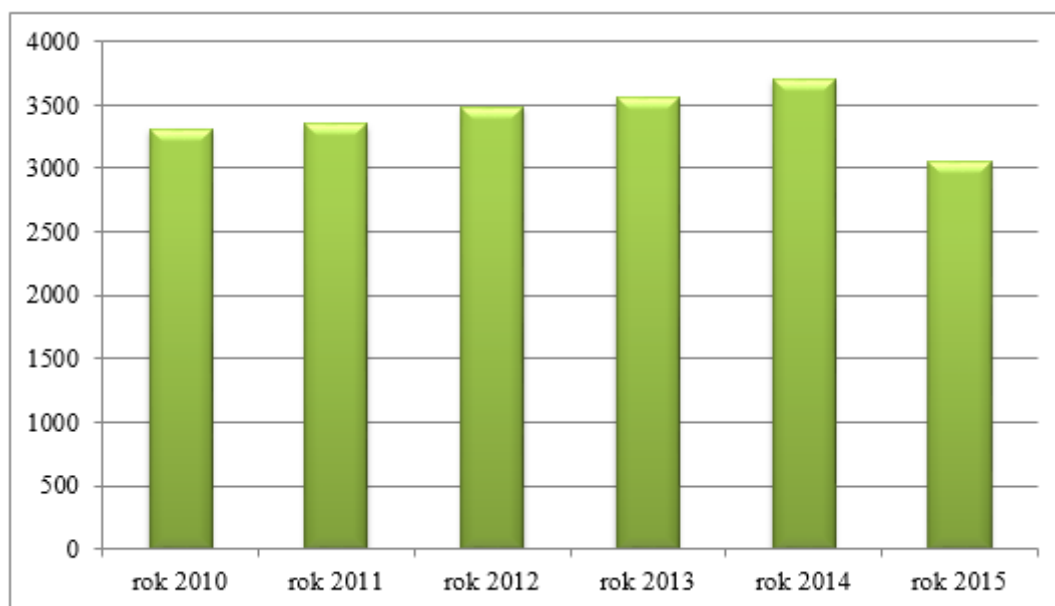
Graf 3 – Statistika výjezdů k pacientům pod vlivem alkoholu

Ze sledovaných sociálně patologických jevů (alkohol, omamné látky, suicidium a násilí) bylo z celkového součtu 6 675 výjezdů v roce 2010 celkem 2 208 (13 %) výjezdů k pacientům pod vlivem alkoholu. 2 574 (14 %) výjezdů k těmto pacientům mapoval rok 2011 z celkového počtu 7 367 výjezdů k výše jmenovaným jevům. V roce 2012 se uskutečnilo 2 858 (15 %) výjezdů k podnapilým ze 7 793 výjezdů námi sledovaných. 2 888 (16 %) ze 7 950 výjezdů uvedených v Tabulce 1 bylo v roce 2013. V roce 2014 Zdravotnické operační středisko vyslalo posádky Záchrané služby k 3 636 (20 %) těchto mapovaných výjezdů z celkového počtu 8 926 a v roce 2015 k 3 704 (21 %) pacientům pod vlivem alkoholu ze součtu 8 483 výjezdů k sociálně patologickým jevům, které jsme sledovali. Celkový počet výjezdů k podnapilým mezi lety 2010 - 2015 činil 17 868 výjezdů ze 47 194 výjezdů k pacientům pod vlivem alkoholu, drog, suicidálních pokusů a násilí. Ze statistických dat a grafu je čitelný vzestup výjezdů k pacientům pod vlivem alkoholu.



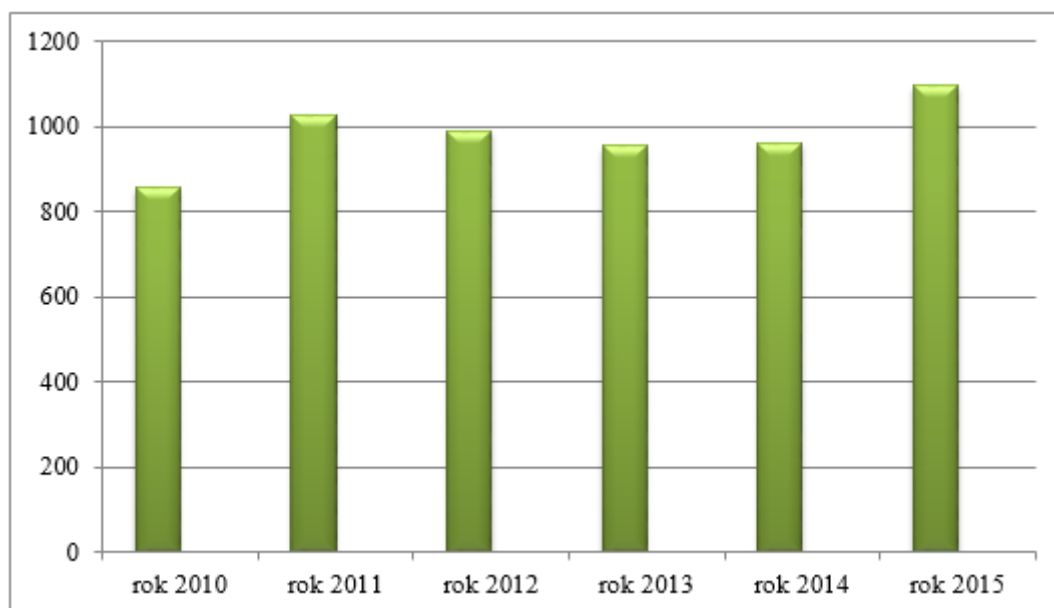
Graf 4- Statistika výjezdů k pacientům pod vlivem omamných látek

K pacientům pod vlivem omamných látek bylo v roce 2010 uskutečněno 300 (10 %) výjezdů ze 6 675 výjezdů ke sledovaným sociálně patologickým jevům. 412 (14 %) těchto výjezdů bylo v roce 2011 z celkového počtu výjezdů 7 367 uskutečněných k pacientům pod vlivem alkoholu, drog, k suicidálním pokusům a k veřejnému a domácímu násilí. Opětovný nárůst je zaznamenán v roce 2012 a to 463 (16 %) výjezdů ze 7 793 výjezdů ke sledovaným sociálně patologickým jevům. 553 (19 %) výjezdů k intoxikovaným zaznamenalo operační středisko v roce 2013 ze součtu 7 950 pacientů pod vlivem alkoholu, drog, suicidálních pokusů a násilí. V roce 2014 bylo celkem 618 (20 %) těchto výjezdů z 8 926 sledovaných výjezdů a v roce 2015 630 (21 %) z 8 483 výjezdů k výše jmenovaným jevům. Celkový počet výjezdů k pacientům pod vlivem omamných látek v rozmezí let 2010 - 2015 byl 2 976 ze součtu 47 194 výjezdů k sociálně patologickým jevům, které jsme sledovali. I v případě výjezdů k těmto pacientům je zaznamenán postupný nárůst.



Graf 5 – Statistika výjezdů k pacientům se suicidem včetně sebepoškození

Počet výjezdů v roce 2010 k pacientům se suicidem nebo sebepoškozením dosáhl 3 310 (16 %) z celkového součtu 6 675 výjezdů ke sledované problematice. V roce 2011 vyjely posádky Záchrané služby k 3 352 (16 %) těchto pacientů z celkových 7 367 výjezdů týkajících se sociálně patologických jevů. Ze 7 793 výjezdů k podnapilým, pod vlivem drog, k suicidálním pokusům a násilí bylo 3 485 (17 %) výjezdů právě k pacientům se suicidem a to v roce 2012. V roce 2013 bylo 3 553 (18 %) výjezdů k sebevražedným pokusům ze 7 950 sledovaných výjezdů. 3 710 (18 %) v roce 2014. Součet všech patologických jevů v tomto roce dosáhl počtu 8 926 výjezdů. Rok 2015 zaznamenal pokles výjezdů k suicidům na 3 052 (13 %) z 8 483 výjezdů k sociálně patologickým jevům. Celkový počet výjezdů k pacientům se sebevražednými sklony, k dokonáným suicidům nebo sebepoškozování v letech 2010 - 2015 byl 20 462 výjezdů ze součtu 47 194 výjezdů k těmto pacientům, dále k podnapilým, pod vlivem drog a veřejnému i domácímu násilí.



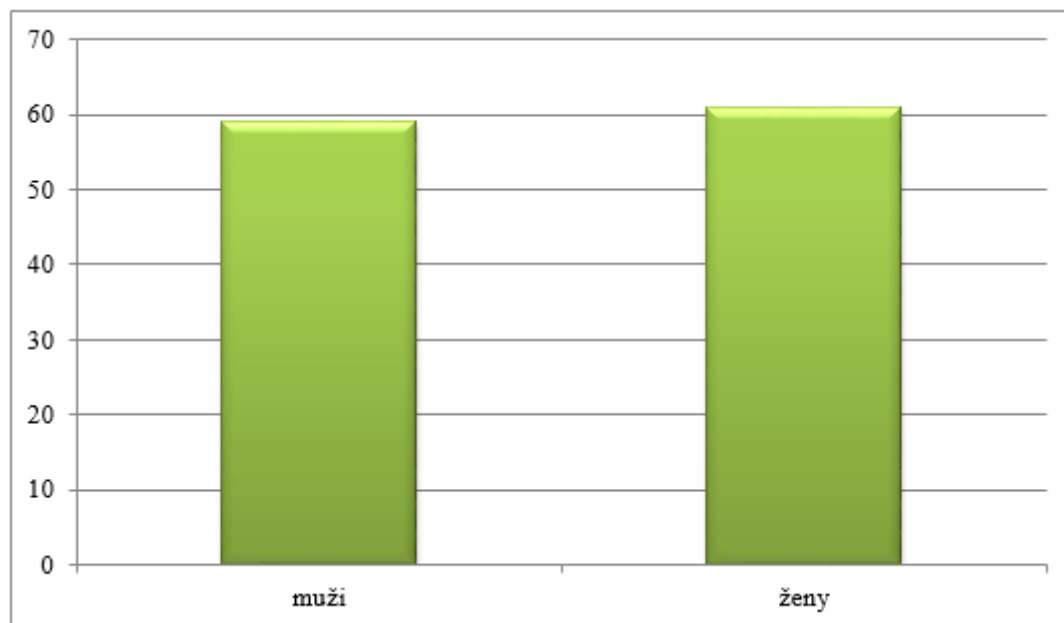
Graf 6 - Statistika výjezdů k pacientům pod vlivem domácího a veřejného násilí

Počty domácího a veřejného násilí jsou proměnlivé. V roce 2010 bylo 857 (15 %) výjezdů ze 6 675 výjezdů k námi sledovaným sociálně patologickým jevům. V roce 2011 bylo zaznamenáno 1 029 (17 %) výjezdů k násilí ze součtu 7 367 výjezdů se sledovanými jevy. 990 (17 %) bylo také v roce 2012 a to z počtu 7 793 sociálně patologických jevů. Roku 2013 dispečink Záchrané služby přijal 956 (16 %) tísňových volání k domácímu či veřejnému násilí. Celkový počet výjezdů k sociálně patologickým jevům činil tento rok 7 950 výjezdů. 962 (16 %) výjezdů bylo i v roce 2014 a to z 8 926 výjezdů k pacientům v ebrietě, pod vlivem drog, k suicidálním pokusům či násilí. Největší nárůst byl zaznamenán v roce 2015. 1 097 (19 %) výjezdů k veřejnému a domácímu násilí z 8483 výjezdů ke všem sociálně patologickým jevům. Celkový počet výjezdů k pacientům pod vlivem veřejného a domácího násilí dosáhl počtu 5 891 výjezdů ze 47 194 výjezdů k těmto jevům v rozmezí let 2010 - 2015.

Z celkového počtu 47 194 výjezdů k pacientům pod vlivem alkoholu, omamných látek, suicidálním pokusům a veřejného i domácího násilí bohužel Zdravotnické operační středisko v Kladně nemá k dispozici data, kolik z tohoto celkového počtu výjezdů bylo zároveň k lidem bez domova.

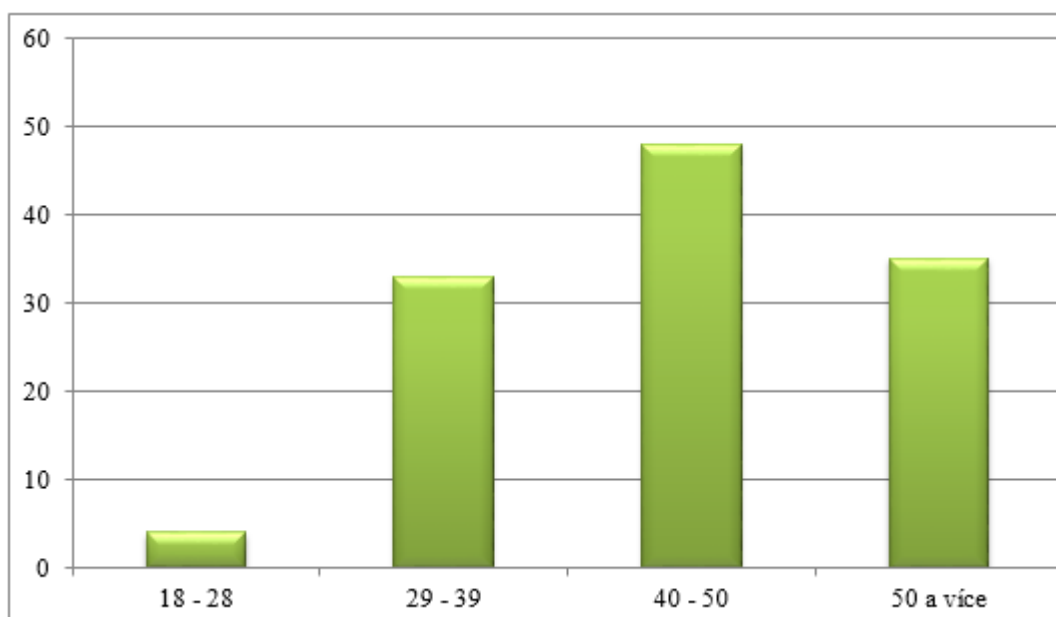
5.5 Analýza výsledků dotazníkového výzkumu

Analýzu výsledků jsme provedli ze 120 anonymních nestandardizovaných dotazníků, které byly vyplněny členy výjezdových skupin Zdravotnické záchranné služby Středočeského kraje.



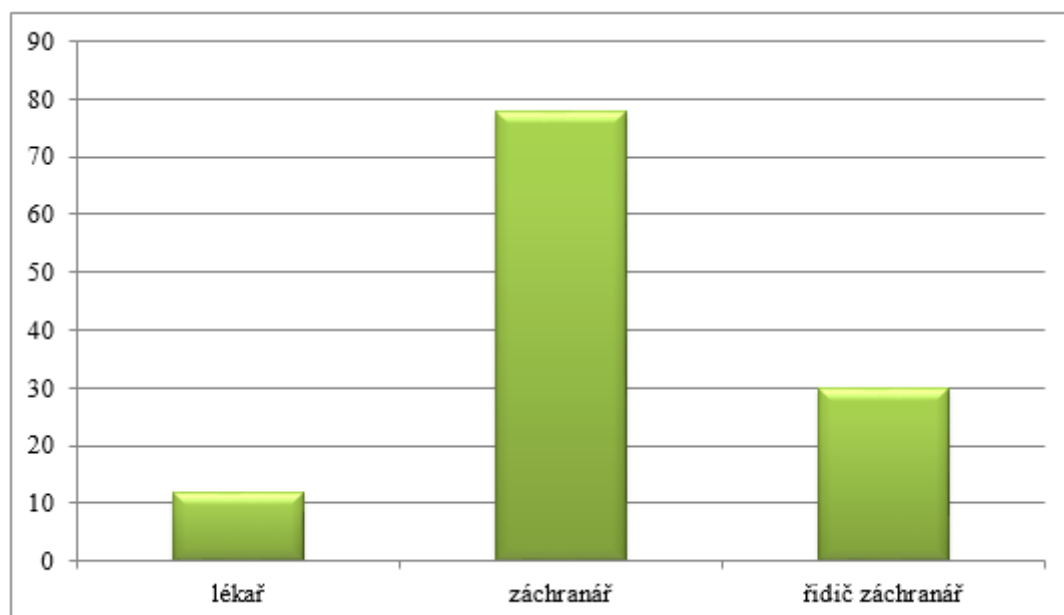
Graf 7 - Přehled respondentů dle pohlaví

Anonymní dotazník pro zmapování vývoje sociálně patologických jevů na území Středočeského kraje z pohledu Zdravotnické záchranné služby vyplnilo celkem 120 (100 %) respondentů, 61 (51 %) dotazovaných byly ženy, 59 (49 %) muži.



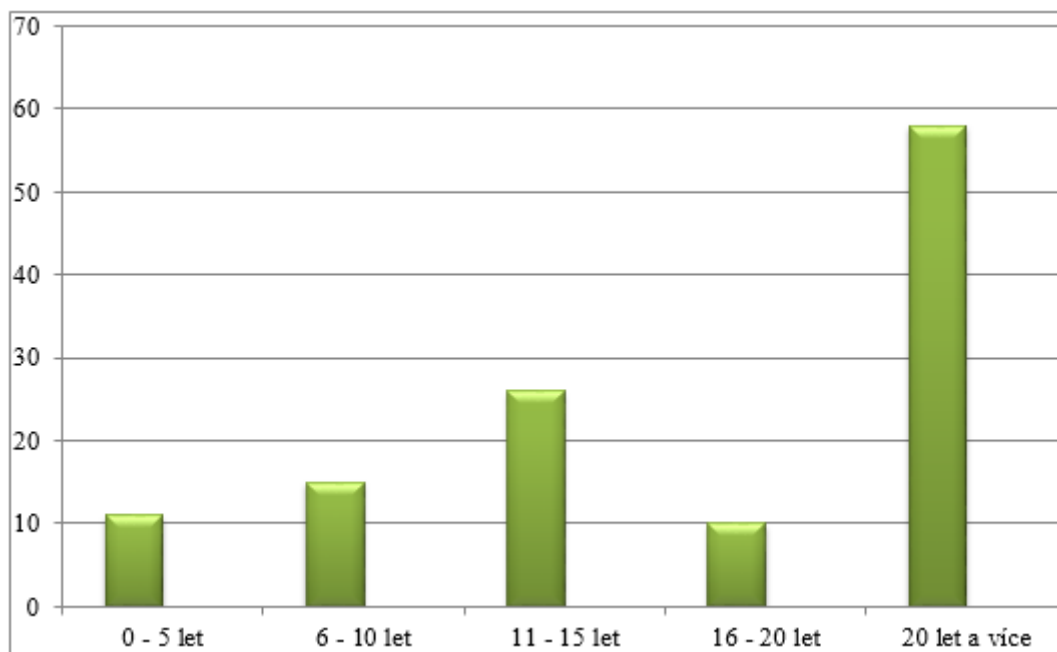
Graf 8 - Přehled respondentů dle věkových skupin

Dotazník byl vyplněn respondenty všech věkových kategorií a to od 18 let do 50 let a více. 48 respondentů (40 %) bylo ve věkovém rozmezí 40 - 50 let, 35 respondentů (29 %) ve věku 50 let a více, 33 respondentů (28 %) v rozmezí 29 - 39 let a 4 respondenti (3 %) ve věku 18 - 28 let.



Graf 9 - Přehled respondentů dle pracovního zařazení

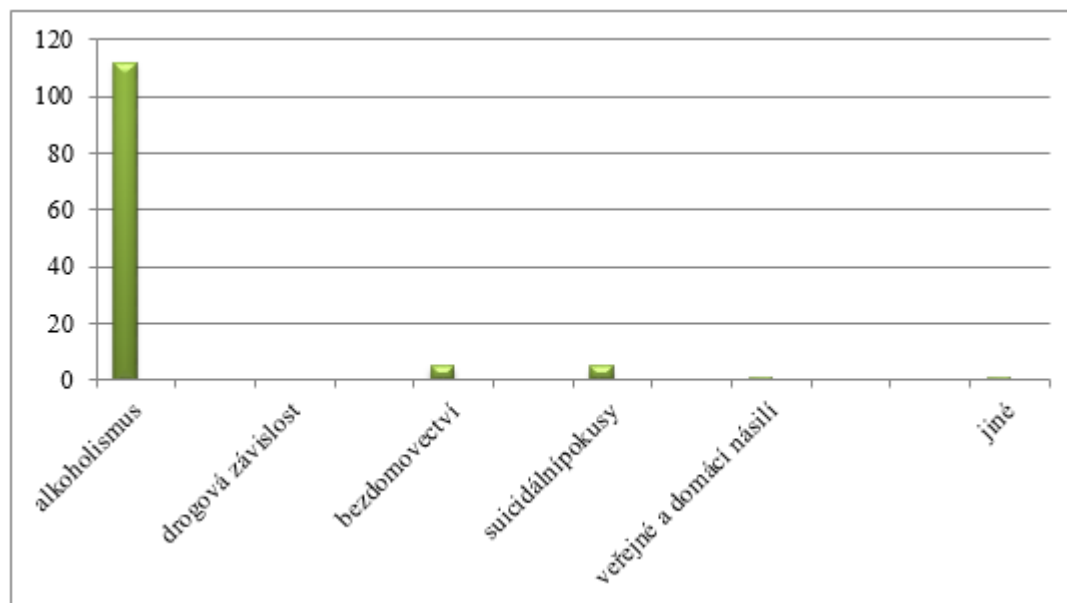
Nejvíce dotazníků vyplnili zdravotničtí záchranáři, celkem 78 (65 %), následně 30 (25 %) řidičů záchranářů a 12 (10 %) lékařů Zdravotnické záchranné služby Středočeského kraje.



Graf 10 - Přehled respondentů dle délky praxe v Zdravotnické záchranné službě

Nejvíce respondentů 58 (48 %) pracuje na Záchranné službě 20 let a více, 26 respondentů (22 %) má praxi 11 - 15 let, v rozmezí 6 - 10 let na Záchranné službě pracuje 15 (13 %) respondentů, praxi 0 - 5 let má 11 (9 %) respondentů a 10 (8 %) respondentů má praxi 16 - 20 let.

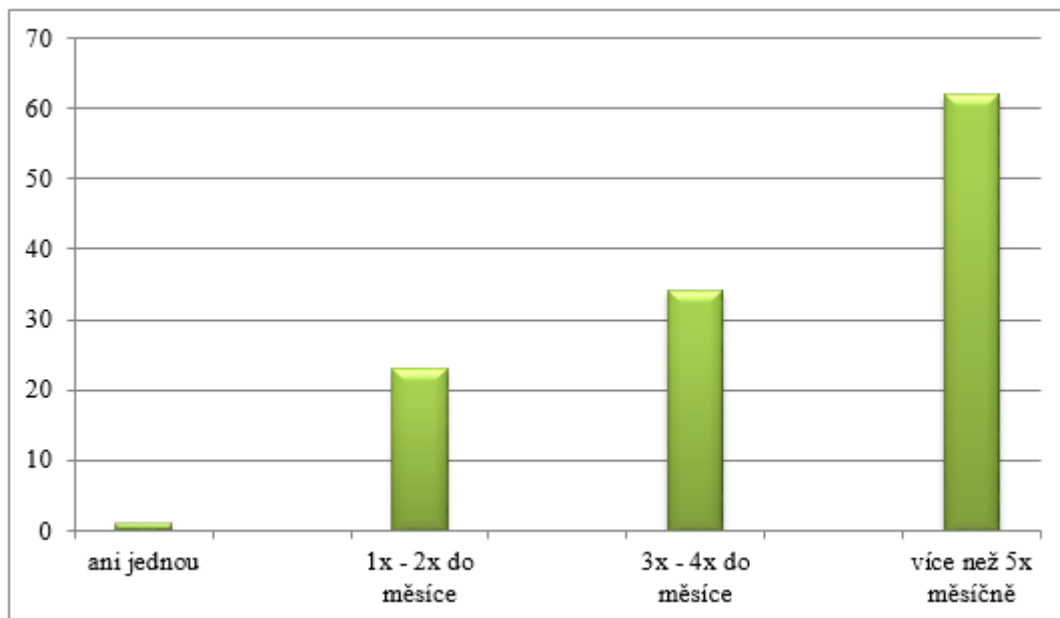
1. S kterým sociálně patologickým jevem se ve své praxi nejčastěji setkáváte?



Graf 11 - Nejčastější sociálně patologické jevy v praxi

Z celkového počtu 120 (100 %) respondentů se 112 (93 %) ve své praxi nejčastěji setkává s alkoholismem, 5 (4 %) respondentů s bezdomovectvím, na stejné úrovni je odpověď suicidální pokusy 1 (1 %) respondent, veřejné a domácí násilí 1 (1 %) respondent a jiný patologický jev 1 (1 %) respondent a 0 (0 %) respondentů se ve své praxi nejčastěji setkává s drogovou závislostí.

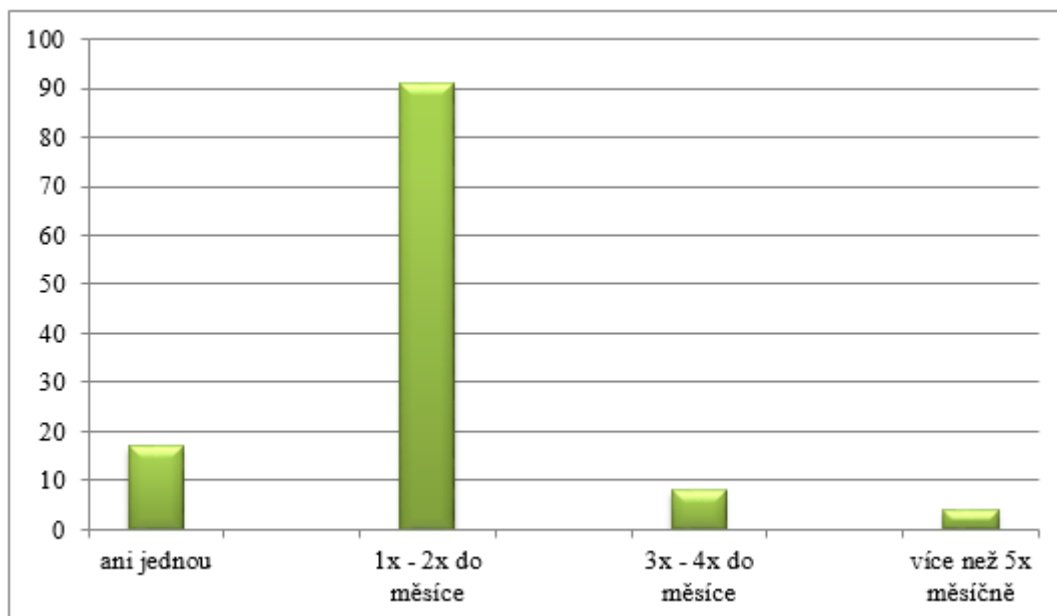
2. Jak často se při své práci v rozmezí 1 měsíce setkáte s pacientem pod vlivem alkoholu?



Graf 12 - Pacienti pod vlivem alkoholu

Více než 5x měsíčně odpovědělo 62 (51 %) respondentů, 3x - 4x do měsíce se s pacientem pod vlivem alkoholu setká 34 (28 %) respondentů, 1x - 2x do měsíce 23 (19 %) respondentů a ani jednou za měsíc 1 (1 %) respondent.

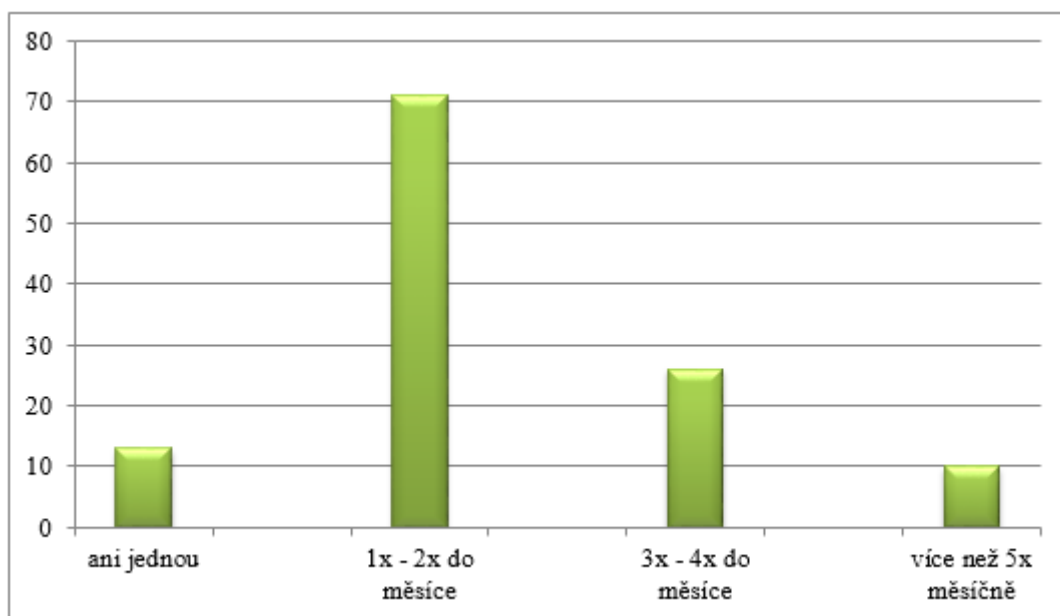
3. Jak často se při své práci v rozmezí 1 měsíce setkáte s pacientem pod vlivem nealkoholových drog?



Graf 13 - Pacienti pod vlivem nealkoholových drog

Podle odpovědí se nejvíce respondentů 91 (76 %) setká s pacientem pod vlivem nealkoholových drog 1x - 2x do měsíce, 17 (14 %) respondentů ani jednou, 3x - 4x do měsíce 8 (7 %) respondentů a 4 (3 %) respondentů více než 5x měsíčně.

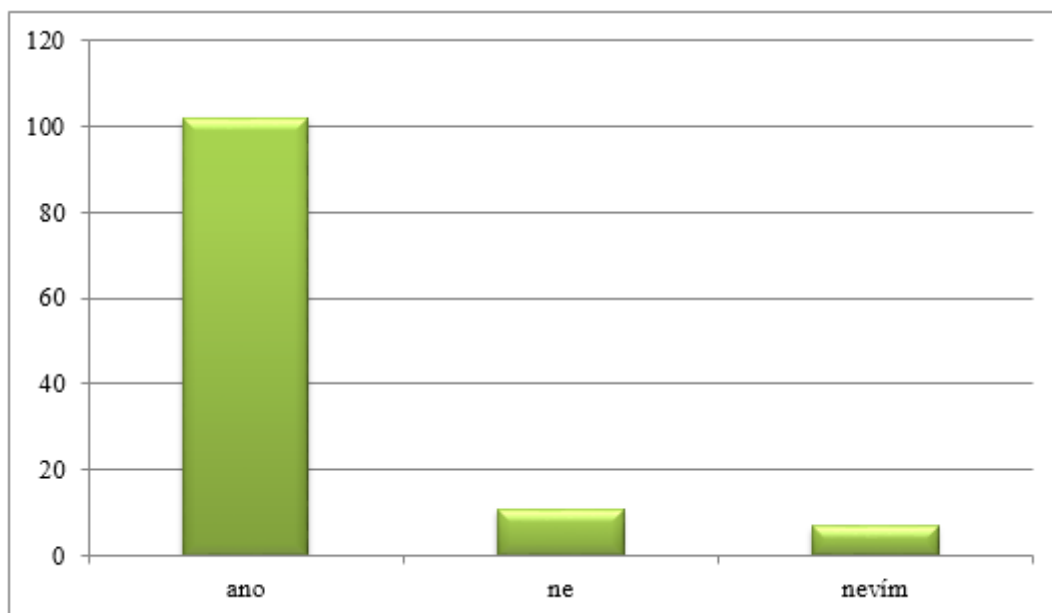
4. Jak často se při své práci v rozmezí 1 měsíce setkáte s pacientem bez domova?



Graf 14 - Pacienti bez domova

Nejčastěji se v rozmezí 1 měsíce setká s pacientem bez domova 1x -2x do měsíce 71 (59 %) respondentů, 26 (22 %) respondentů 3x - 4x do měsíce, ani jednou 13 (11 %) respondentů a více než 5x měsíčně 10 (8 %) respondentů.

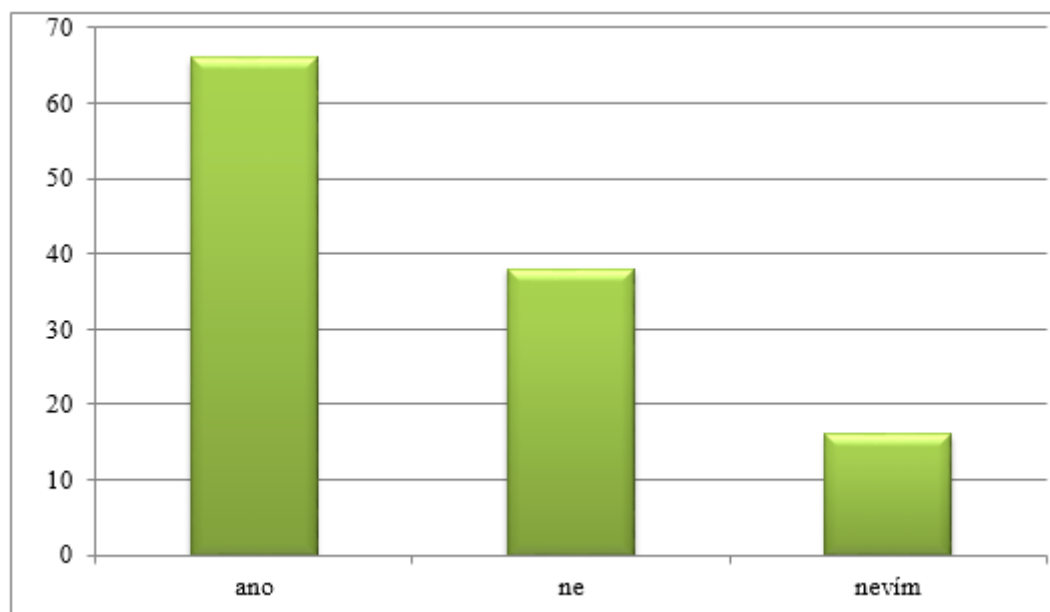
5. Domníváte se, že během posledních pěti let došlo k nárůstu výjezdů k pacientům v ebrietě?



Graf 15 - Nárůst výjezdů k pacientům v ebrietě v letech 2010 - 2015

Podle 102 (85 %) respondentů došlo během posledních pěti let k nárůstu výjezdů k těmto pacientům, 11 (9 %) respondentů odpovědělo ne a 7 (6 %) respondentů neví.

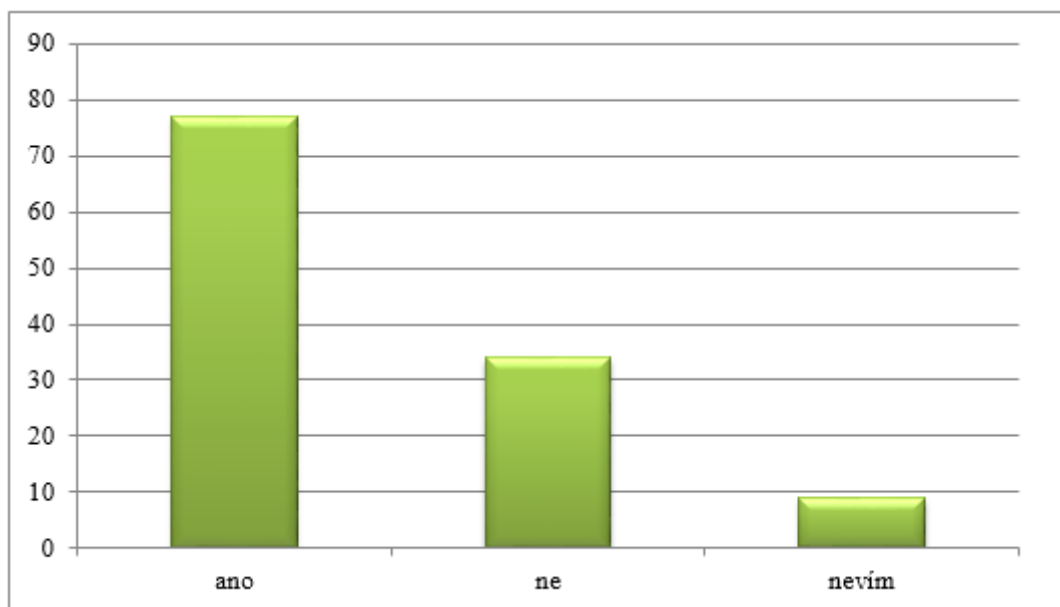
6. Domníváte se, že během posledních pěti let došlo k nárůstu výjezdů k pacientům pod vlivem nealkoholových drog?



Graf 16 - Nárůst pacientů pod vlivem drog v letech 2010 - 2015

66 (55 %) respondentů se domnívá, že během posledních pěti let došlo k nárůstu výjezdů k pacientům pod vlivem nealkoholových drog, 38 (32 %) se domnívá, že nedošlo k nárůstu těchto výjezdů a 16 (13 %) neví.

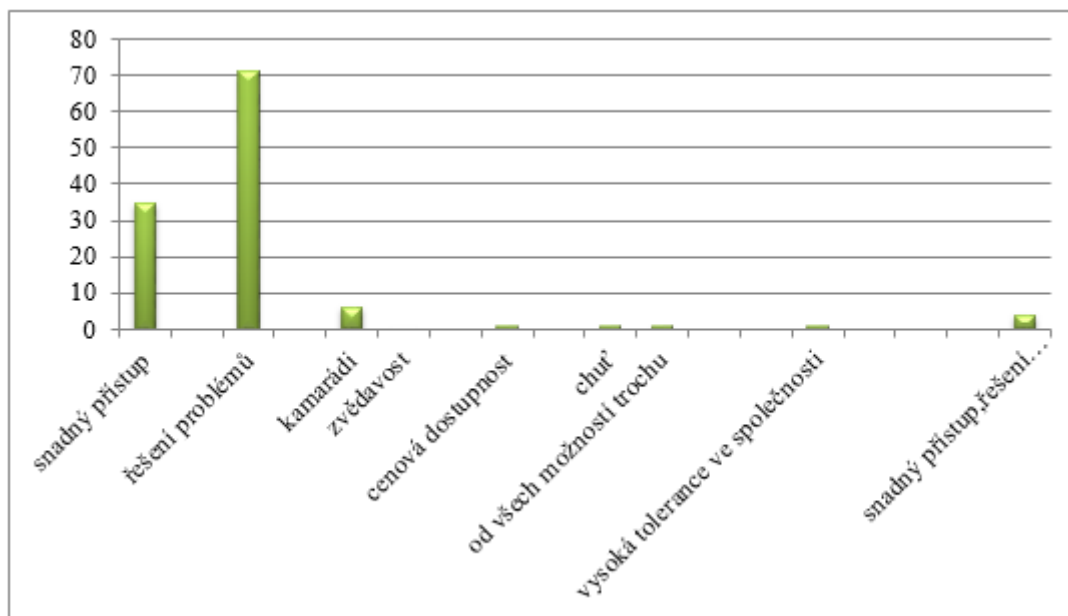
7. Domníváte se, že během posledních pěti let došlo k nárůstu výjezdů k pacientům bez domova?



Graf 17 - Nárůst pacientů bez domova v letech 2010 - 2015

Odpověď ano označilo 77 (64 %) respondentů, 34 (28 %) respondentů se domnívá, že k nárůstu těchto výjezdů nedošlo a 9 (8 %) respondentů neví.

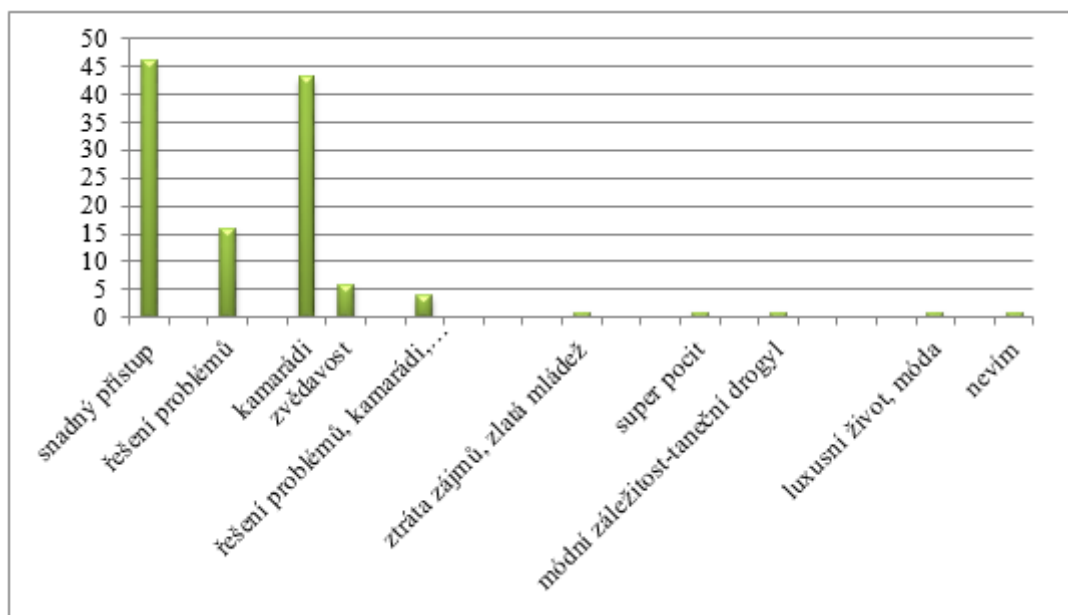
8. Jaká je podle Vás nejčastější příčina alkoholové závislosti?



Graf 18 - Nejčastější příčiny alkoholové závislosti

Ze 120 (100 %) dotázaných respondentů 71 (59 %) označilo v možných odpovědích řešení problémů, podle 35 (29 %) respondentů je příčinou alkoholové závislosti snadný přístup k alkoholu, 6 (5 %) respondentů se domnívá, že hlavní příčinou jsou kamarádi, jako jiné možnosti označilo 8 (7 %) respondentů, z nichž 4 (3 %) respondentů nejčastější příčinu vidí v kombinaci snadného přístupu, řešení problémů a kamarádů, 1 (1 %) respondent odpověděl cenovou dostupnost, 1 (1 %) respondent chuť, 1 (1 %) respondent od všech možností trochu, 1 (1 %) respondent vysokou toleranci ve společnosti a 0 (0 %) respondentů zvědavost.

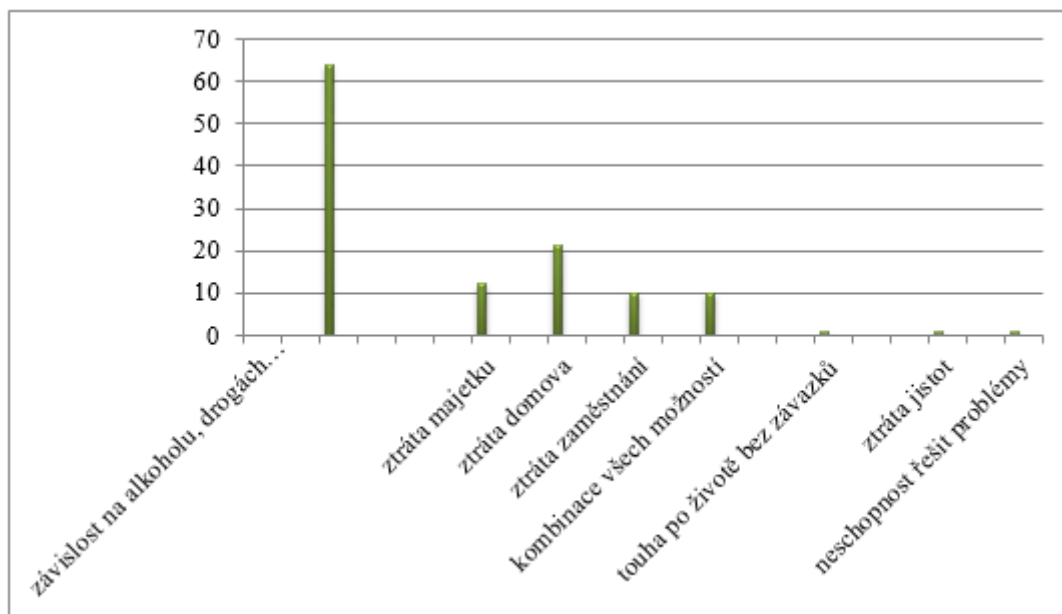
9. V čem vidíte hlavní příčinu nealkoholové drogové závislosti?



Graf 19 - Nejčastější příčiny drogové závislosti

Snadný přístup jako hlavní příčinu nealkoholové drogové závislosti označilo 46 (38 %) respondentů, druhou nejčastější zvolenou možností odpovědi byli kamarádi, tuto odpověď označilo 43 (36 %) respondentů, 16 (13 %) respondentů zvolilo řešení problémů, jiné příčiny odpovědělo 9 (8 %) respondentů, z nichž 4 (3 %) uvedlo kombinaci řešení problémů, kamarádů a zvědavosti, 1 (1 %) respondent ztrátu zájmů, zlatá mládež, 1 (1 %) respondent super pocit, 1 (1 %) respondent vidí příčinu v módní závislosti, zejména v tanečních drogách, 1 (1 %) respondent v luxusním životě a módě, 1 (1 %) respondent nezná hlavní příčinu a 6 (5 %) respondentů zvolilo zvědavost.

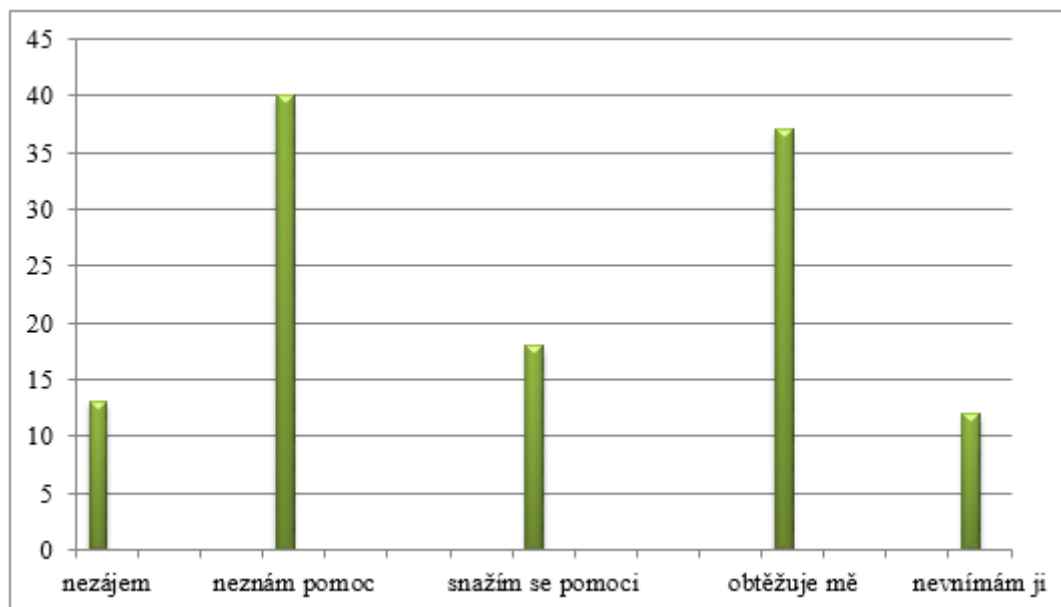
10. Co je podle Vás hlavní příčinou bezdomovectví?



Graf 20 - Nejčastější příčiny bezdomovectví

Podle 64 (53 %) respondentů je hlavní příčinou bezdomovectví závislost na alkoholu, drogách nebo jiný sociálně patologický jev, 21 (18 %) respondentů zvolilo ztrátu domova, 12 (10 %) respondentů odpovědělo ztráta majetku, 13 (11 %) respondentů vyjmenovali jiné možnosti než se nabízely - 10 (8 %) z nich zvolilo kombinaci závislosti na alkoholu, drogách a jiných sociálně patologických jevech, ztrátu majetku, ztrátu domova a zaměstnání, 1 (1 %) respondent uvedl ztrátu jistot, 1 (1 %) touhu po životě bez závazků a 1 (1 %) respondent neschopnost řešit vztahové a rodinné problémy. Zbýlých 10 (8 %) respondentů určili jako příčinu bezdomovectví ztrátu zaměstnání.

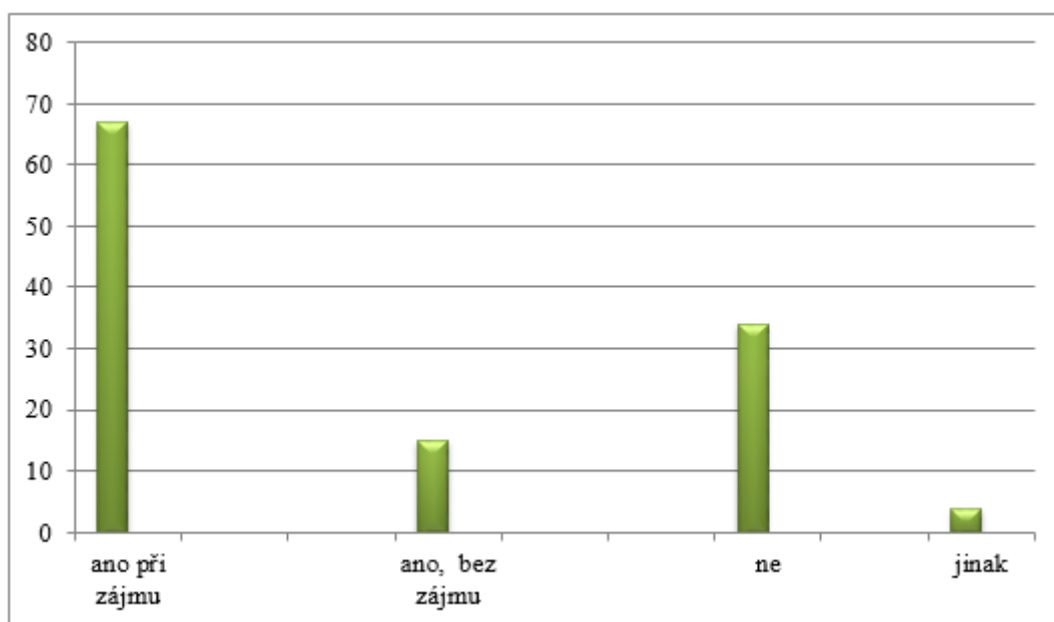
11. Jak vnímáte problematiku výše zmíněných patologických jevů ve své profesi?



Graf 21 - Vnímaná problematika patologických jevů v praxi

40 (33 %) respondentů problematika patologických jevů zajímá, ale neví, jak těmto lidem pomoci, 37 (31 %) respondentů zmiňované patologické jevy při jejich práci obtěžují, 18 (15 %) respondentů tato problematika zajímá a snaží se těmto lidem nabídnout odbornou pomoc, 13 (11 %) respondentů problematika patologických jevů nezajímá a 12 (10 %) ji nevnímá.

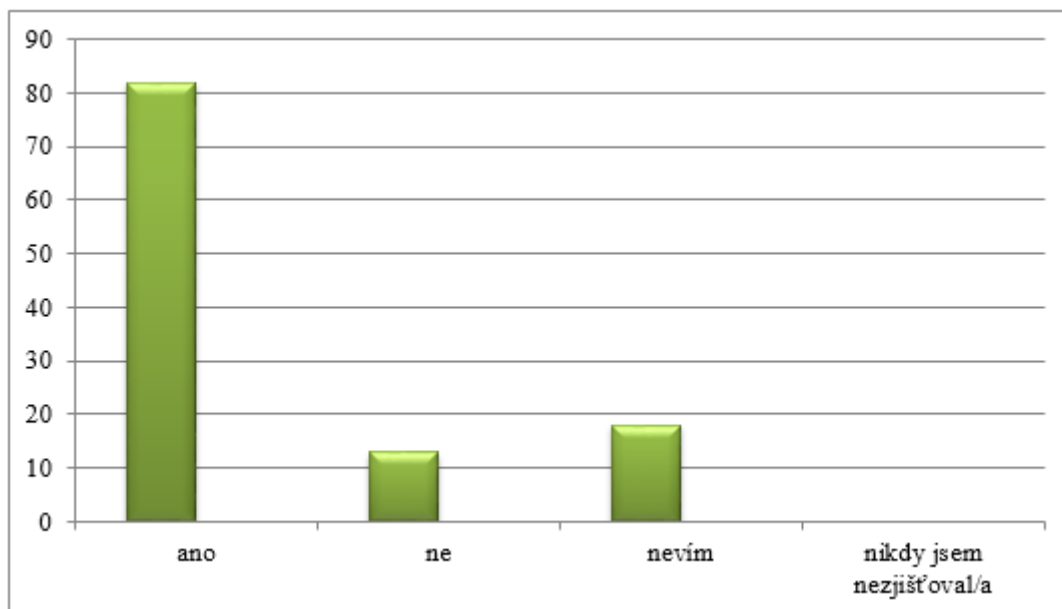
12. Snažíte se během výjezdu pacientům se sociálně patologickými jevy nabídnout následnou odbornou pomoc? (azylové domy, následnou ambulantní péči, bezprostřední krizovou intervenci apod.)?



Graf 22 - Nabídnutí primární odborné pomoci během výjezdu

Odpověď ano, pokud pacient projeví zájem zvolilo 67 (56 %) respondentů, pomoc musí pacient vyhledat sám odpovědělo 34 (28 %) respondentů, 15 (13 %) respondentů se snaží pacientovi nabídnout pomoc i pokud nejeví zájem a 4 (3 %) respondentů vybralo jinou možnost, pokud je pacient vezen do nemocnice, tuto pomoc mu nabídnou zde.

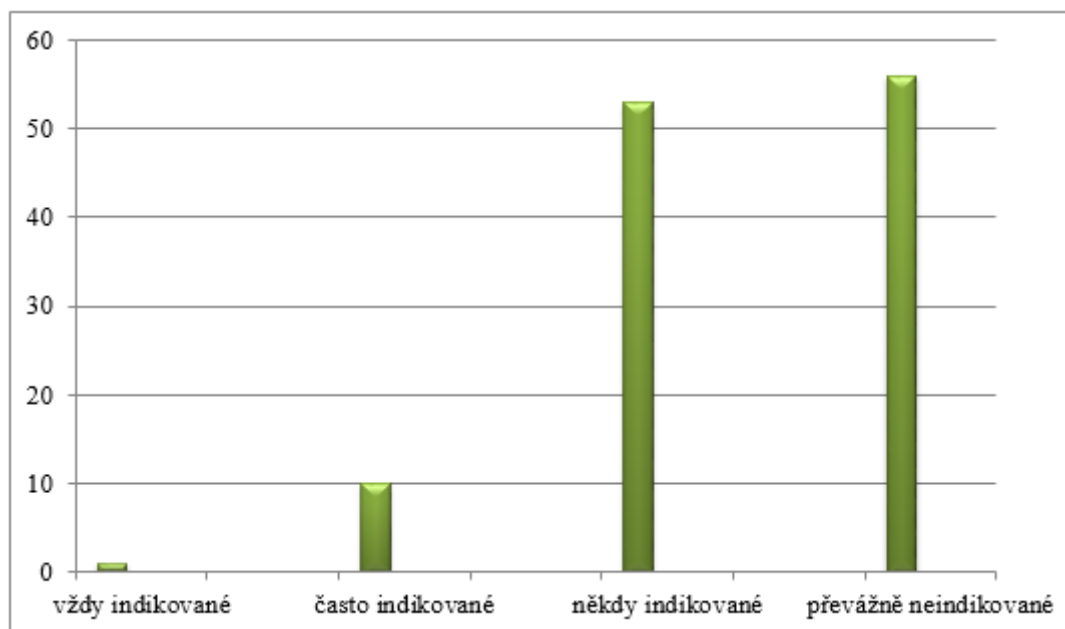
**13. Nachází se ve Vaší oblasti organizace poskytující bezprostřední pomoc
např. azylový dům, krizová intervence pro závislé či napadené apod.?**



Graf 23 - Výskyt organizací poskytujících bezprostřední pomoc

Ano nachází, odpovědělo 82 (68 %) respondentů, 18 (15 %) respondentů neví, u 13 (11 %) respondentů se taková pomoc nenachází a 7 (6 %) respondentů nikdy nezjišťovalo, zda se v jejich oblasti takováto pomoc nachází.

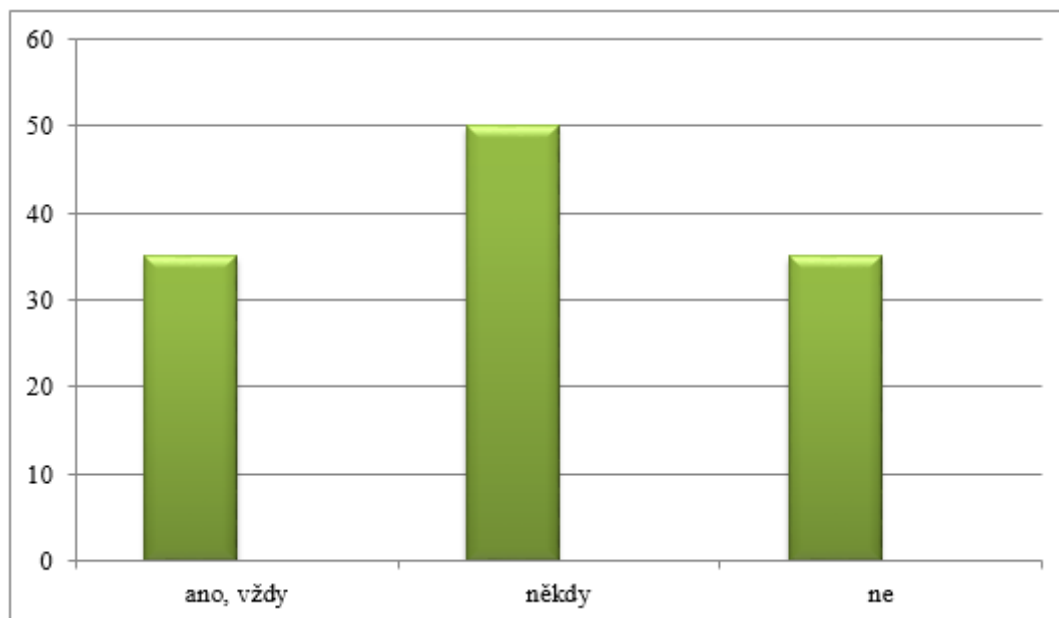
14. Podle Vašeho názoru jsou výjezdy k podnapilým pacientům, drogově závislým nebo lidem bez domova?



Graf 24 - Závažnost indikace k výjezdu

Převážně neindikované zodpovědělo 56 (47 %) ze 120 (100 %) respondentů, někdy indikované, tuto odpověď zvolilo 53 (44 %) respondentů, 10 (8 %) vnímá tyto výjezdy jako často indikované a 1 (1 %) respondent jako vždy indikované.

15. Řešíte ve Vaší dokumentaci otázku sociálně patologických jevů?



Graf 25 - Sociálně patologické jevy v dokumentaci

50 (42 %) respondentů v dokumentaci otázku sociálně patologických jevů řeší vždy, na stejné úrovni jsou zbylé dvě odpovědi - někdy řeší 35 (29 %) respondentů a otázku sociálně patologických jevů v dokumentaci neřeší 35 (29 %) respondentů.

6 Diskuze

Záměrem výzkumu bylo provést komparaci výsledků statistických dat Zdravotnické záchranné služby Středočeského kraje a dotazníkového šetření a současně také potvrzení nebo vyvrácení námi stanovených hypotéz. Výsledky dotazníkového šetření odrážejí čistě subjektivní názory záchranářů.

Z poskytnutých statistických dat Zdravotnické záchranné služby jsme k porovnání s dotazníkovým šetřením použili počet výjezdů k pacientům pod vlivem alkoholu a počet výjezdů k pacientům pod vlivem omamných látek. Bezdomovectví se dosud statisticky neeviduje. Z tabulky (Tabulka 1) a následného grafu (Graf 1) je vidět nárůst výjezdů v období let 2010 - 2015. K pacientům pod vlivem alkoholu z 2 208 výjezdů na počet 3 704. Ve srovnání s rokem 2010 o 1 496 výjezdů více.

Dotazník zjišťující vývoj sociálně patologických jevů na území Středočeského kraje z pohledu záchranářů vyplnilo 120 respondentů. Věková hranice záchranářů se pohybuje v rozmezí 18 - 50 let a více, kdy nejmladších respondentů je nejméně. Od věkového rozhraní se odvíjí délka jejich praxe. Nejčastěji tuto profesi vykonávají záchranáři 20 let a více (48 %). Mají tak značné zkušenosti ve svém oboru. Naopak praxi do pěti let má pouze 9 % dotázaných.

K porovnání se statistickými daty týkající se alkoholismu jsme z dotazníkového šetření využili kombinaci odpovědí otázek č. 1, č. 2 a č. 5. Nejčastější sociálně patologický jev, se kterým se záchranáři při výjezdech setkávají, je alkoholismus (93 %). Výsledky odpovědí respondentů jsou zaznamenány v Grafu 10. Četnost těchto výjezdů je z jejich pohledu velmi vysoká, a to více než 5x měsíčně. Tímto šetřením **byla potvrzena Hypotéza č. 1:** Předpokládáme, že více než 70 % respondentů se ve své praxi nejčastěji setkává se sociálně patologickým jevem, kterým je alkoholismus. Poslední otázka, týkající se podnapilých pacientů, byla taktéž zodpovězena kladně. 85 % respondentů vnímá během posledních pěti let nárůst výjezdů k pacientům v ebrietě (Graf 14). **Byla tak potvrzena Hypotéza č. 2:** Předpokládáme, že více než 50 % respondentů vnímá během posledních pěti let zvýšený nárůst k pacientům v ebrietě.

Z komparace statistických dat Zdravotnické záchranné služby a dotazníkového šetření vyplývá, že během let 2010 - 2015 došlo k nárůstu výjezdů k podnapilým

pacientům. Nejčastější příčinu alkoholismu vidí 59 % respondentů jako řešení problémů a 29 % respondentů ve snadném přístupu k alkoholu (Graf 17).

Stát a celá naše společnost je velmi tolerantní k prodeji a požívání alkoholu. A to i přes známá rizika, která nadměrné užívání alkoholu způsobuje. Snižuje se také věková hranice konzumentů. Proto je velmi důležitá primární prevence, a to již na základních školách. Ve vztahu záchranářů k výjezdům k podnapilým pacientům nemá slovo alkohol dobré jméno. Podnapilí pacienti dokáží být velmi nepříjemní, arogantní až agresivní a odmítající naši pomoc. Velmi často tyto výjezdy probíhají za spolupráce Policie ČR nebo Městské policie. Nabídnout řešení, jak bojovat s alkoholem, je konkrétně v naší práci problematické. I přesto se 56 % dotázaných respondentů snaží pacientovi nabídnout pomoc, pokud o ní projeví zájem, jak vyplývá z otázky č. 12 (Graf 21).

Ze statistiky vedené Zdravotnickou záchrannou službou je evidentní, že také vzrostl počet výjezdů k pacientům pod vlivem omamných látek. V období let 2010 - 2015 celkem o 330 výjezdů. V roce 2010 bylo výjezdů k pacientům pod vlivem omamných látek 300, v roce 2015 již 630 (Graf 3). Ke komparaci statistických dat a dotazníkového šetření jsme zvolili odpovědi na otázky č. 3 a č. 6, ze kterých vyplývá následující výsledek: s pacienty pod vlivem drog se nejčastěji záchranáři setkávají jednou až dvakrát do měsíce, a to v 91 odpovědích, což činí 76 % ze všech dotázaných (Graf 12). Podle 55 % respondentů rovněž došlo během posledních pěti let k nárůstu výjezdů k drogově závislým (Graf 15). Z porovnání statistických dat a výsledků anonymního dotazníku, které jsme čerpali z osobních zkušeností záchranářů Středočeského kraje je tedy rovněž zaznamenán vzestup výjezdů k těmto pacientům. Odpovědí na otázku č. 9, v čem vidí naši respondenti hlavní příčinu nealkoholové drogové závislosti byla **vyvrácena Hypotéza č. 3:** Předpokládáme, že více než 50 % respondentů vidí hlavní příčinu nealkoholové drogové závislosti ve snadném přístupu k omamným látkám. Snadný přístup k drogám zvolila méně než polovina (38 %) respondentů. Druhou nejčastější odpovědí, ve 38 % byli kamarádi (Graf 18).

I přes zákaz užívání omamných látek a jejich distribuci stanovených zákonem je otázka drogové problematiky velmi diskutabilní. Obchodování s drogami na černém trhu je velmi rozšířené, a to i přes časté zásahy Policie ČR, jak o nich prakticky denně informují média. Tyto policejní „zátahy“ bývají zpravidla na větší organizované

skupiny, ale menší distributoři jsou prakticky nedosažitelní. Proto i v otázce drog by měla být včasná prevence, a to již na základních školách. K otázce včasné prevence a první zkušenosti s drogou jsme využili výsledků bakalářské práce studentky, která se touto problematikou zabírala. Zkoumaným vzorkem byli žáci středních škol a odborných učilišť. Z jejího šetření vyplývá, že 82 % respondentů ze 100 % je dobře informováno o problémech drog. Nejvěrohodnějším zdrojem informací o drogové problematice jsou podle těchto žáků média a přátelé. Škola byla až třetí odpovědí dotazovaných, z čehož vyplývá nedostatečná prevence. Ze 100 % respondentů přiznalo 46 % zkušenost s drogou, 54 % respondentů tuto zkušenost negovalo. (Baráková, 2011, s. 38 - 48). Stejně jako u alkoholu se věková hranice v užívání drog snižuje. Z našich zkušeností při výjezdech se jedná zejména o kouření marihuany a šňupání nebo intravenózní aplikace Pervitinu. Mnoho těchto závislých mělo vůli přestat, ale velmi často se k droze vrátili.

K bezdomovectví Záchraná zdravotnická služba Středočeského kraje statistická data nesbírá. Proto jsme vycházeli z výsledků našeho dotazníkového šetření u otázek č. 4, č. 7 a č. 10. Odpovědi na otázku č. 4, jak často se při své práci v rozmezí 1 měsíce setkávají záchranáři s pacientem bez domova byla v nejvyšší míře odpověď, že jedenkrát až dvakrát měsíčně, což je 59 % (Graf 13). Z vlastních zkušeností víme, že jde převážně o tutéž klientelu, u které jsou naše výjezdy opakované. Otázka č. 7 (zda se respondenti domnívají, že došlo k zvýšenému počtu výjezdů k pacientům bez domova za posledních pět let (Graf 16)) byla stejně jako u alkoholismu a drogové závislosti zodpovězena kladně většinou respondentů (64 %). Otázkou č. 10 byla zároveň **potvrzena Hypotéza č. 4:** Předpokládáme, že více než 50 % respondentů vidí hlavní příčinu bezdomovectví v závislosti na alkoholu, drogách nebo jiných sociálně patologických jevech. Tuto hypotézu nám potvrdilo 53 % dotázaných záchranářů. Zbylých 47 % tvořily odpovědi jako je ztráta majetku (10 % respondentů), ztráta domova (18 % respondentů), ztráta zaměstnání (8 %) a jiné příčiny (11 % respondentů) (Graf 19). Při komparaci našich výsledků dotazníkového šetření, jak bezdomovectví a jeho příčiny vnímají záchranáři Středočeského kraje při své práci s autorkou bakalářské práce zabývající se sociálně patologickými jevy, se příčiny bezdomovectví liší. Jak ve své práci uvádí, je podle výzkumu nejčastější příčinou bezdomovectví ztráta zaměstnání, následuje rozvod, odchod z rodiny, výkon trestu, špatné hospodaření a jiné příčiny. Ale i z autorčina pohledu „*je bezdomovectví dlouhodobým sociálním*

problémem, jehož závažnost v současné době postupně narůstá“. (Hříbalová, 2011, s. 52).

Dále nás zajímalo, zda všichni záchranáři řeší ve svých dokumentacích otázku sociálně patologických jevů. V tomto případě, jak plyne z jejich odpovědí, je třeba počítat s nepřesnými čísly statistických dat Zdravotnické záchranné služby. 29 % dotázaných odpovědělo ano, vždy. 29 % dotázaných odpovědělo ne a 42 % respondentů zvolilo odpověď někdy (Graf 24). Můžeme tedy předpokládat, že počet výjezdů k těmto pacientům je ještě vyšší. Necelá polovina dotazovaných vnímá výjezdy k podnapilým pacientům, drogově závislým nebo lidem bez domova převážně neindikovanými a 44 % jako někdy neindikovanými (Graf 23). K těmto pacientům jsme nejčastěji voláni lidmi z okolí, kolemjdoucími, Policií ČR apod. Velmi často by stačila pouze jejich pomoc. V mnoha případech bohužel převažuje strach a obava nebo i nevěra pomoci. Jako nejjednodušší možnost volí přivolání Záchrané služby.

Převážná většina dotázaných záchranářů ví o organizaci, která poskytuje bezprostřední pomoc těmto pacientům (Graf 22). V každém větším městě Středočeského kraje se v současnosti nachází primární pomoc pro pacienty závislé na alkoholu, na psychotropních látkách nebo jiných závislostech. Dále pro osoby bez přístřeší, osoby v krizi, oběti domácího násilí, týrané a zneužívané děti. Tuto pomoc poskytují nestátní a neziskové organizace. Jsou to organizace zabývající se prevencí, dále denní a intervenční centra, charitativní, humanitární a církevní organizace pro pomoc lidem v nouzi a také terapeutické komunity. Každá z těchto organizací má svoji specifiku. V neposlední řadě to jsou krizové linky a linky důvěry. Tuto pomoc nebo alespoň kontakt, kam se s daným problémem obrátit, je nutné postiženým co nejdříve nabídnout. Mnozí z nich vůbec netuší, že pomoc pro ně existuje anebo mají obavy o ni požádat.

Odpovědi na otázku č. 11, jak ve své profesi záchranáři vnímají problematiku výše zmíněných patologických jevů **byla potvrzena Hypotéza č. 5:** Předpokládáme, že více než 30 % respondentů danou problematiku ve své profesi vnímá, ale neví, jak těmto klientům pomoci. Více než třetina dotázaných by těmto lidem pomohla, ale neví jakým způsobem. Na základě potvrzení této hypotézy jsme se rozhodli uspořádat seminář pro zájemce z řad zaměstnanců Záchrané služby Středočeského kraje. Jeho obsahem byly nejdůležitější poznatky z našeho výzkumu, který se týkal vývoje

a rozsahu sociálně patologických jevů. Zaměřili jsme se na osobní vnímání těchto výjezdů záchranáři a také na primární intervenci, kterou můžeme poskytnout, pokud o ni postižený projeví zájem. Fotografie ze semináře (viz. Příloha F).

Přínosem pro nás i naše kolegy by zcela jistě byl informační leták nebo brožura s telefonními čísly, případně kontakty, kam se lidé se všemi výše jmenovanými problémy mohou s důvěrou obrátit nebo danou organizaci navštívit osobně.

7 Závěr

Tato bakalářská práce se zabývala problematikou sociálně patologických jevů. Zaměřena byla na ty nejčastější, se kterými se v naší profesi záchranářů setkáváme - alkoholismus, drogová závislost a bezdomovectví. Cílem práce bylo zachytit vývoj a rozsah sociálně patologických jevů na území Středočeského kraje z pohledu Záchranné služby. Využita byla statistická data poskytnutá Záchrannou službou Středočeského kraje a anonymní dotazník rozeslaný na všechna stanoviště Záchranné služby Středočeského kraje.

Teoretická část byla zaměřena na vymezení pojmu sociálně patologických jevů, příčiny, zdroje a druhy. Přiblížila tak nejčastější jevy v naší záchranářské profesi. Zdůrazněny byly možnosti prevence, krizové intervence a dlouhodobé pomoci.

První výzkumná část se zabývala analýzou statistických dat zachycených Zdravotnickou záchrannou službou Středočeského kraje a byla zpracována do tabulek. Druhá výzkumná část obsahuje vyhodnocení a analýzy anonymních dotazníků a je zpracována do grafů.

V závěru práce byla provedena komparace statistických dat Záchranné služby a vyhodnocených dotazníků. Dotazníky byly zaměřeny na otázky týkající se alkoholismu, drogové závislosti a bezdomovectví. Z výzkumu vyplynulo, že během posledních pěti let došlo k nárůstu sociálně patologických jevů, které byly hlavním předmětem našeho zkoumání. A to nejen ze statistických dat, která byla poskytnuta Záchrannou službou, ale také z osobních zkušeností záchranářů a jejich subjektivním vnímáním.

Tato bakalářská práce chce upozornit na stoupající nárůst výjezdů k pacientům v ebrietě, k drogově závislým a k lidem bez domova. Vzhledem k vysokému počtu těchto klientů také zároveň na velmi důležitou primární intervenci z naší strany, tedy ze strany těch, kteří přijedou pomoc poskytnout. Takovou pomoc bychom jako profesionálové měli umět nabídnout nejen po stránce zdravotní, ale i psychické. Jsme jedni z prvních, od kterých je očekávána.

8 Seznam použité literatury

BARÁKOVÁ, Petra. *Sociálně patologické jevy Alkoholismus, gamblerství, nealkoholové drogy*. Olomouc, 2011. Bakalářská práce (Bc.). UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI. Pedagogická fakulta. Vedoucí práce PhDr. Kamila Holásková, Ph.D.

BAYER, David. *Analgetika, sedativa a trankvilizéry*. In: KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. 1. vyd. Úřad Vlády České republiky, 2003. 319s. ISBN 80-86734-05-6

DVOŘÁK, Dušan. *Chráněné bydlení a chráněná práce*. In: KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. 1. vyd. Úřad Vlády České republiky, 2003. 343s. ISBN 80-86734-05-6

FISHER, Slavomil a ŠKODA, Jiří. *Sociální patologie: Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. 224s. ISBN 978-80-247-2781-3

FISHER, Slavomil a ŠKODA, Jiří. *Sociální patologie: Závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2., rozšířené a aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. 232s. ISBN 978-80-247-5046-0

GANERI, Anita. *Drogy. Od extáze k agonii*. 1.vyd. Praha: Amulet, 2001. 149s. ISBN 80-86299-70-8

HAMPL, Karel. *Léky vyvolávající závislost. Těkavé látky*. In: KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. 1. vyd. Úřad Vlády České republiky, 2003. 319s. ISBN 80-86734-05-6

HIRIGOYEN, Marie - France. *Psychické násilí v rodině a zaměstnání*. 1.vyd. Praha: Academia, 2002. 229s. ISBN 80-200-0994-9

HRDINA, Petr a KORČIŠOVÁ, Blanka. *Terénní programy*. In: KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. 1. vyd. Úřad Vlády České republiky, 2003. 343s. ISBN 80-86734-05-6

HŘÍBALOVÁ, Alena. *Sociálně patologické jevy a jejich vývoj v lokalitách s vysokou hustotou obyvatelstva*. Praha, 2011. Bakalářská práce (Bc). Vysoká škola regionálního rozvoje. Fakulta 900. Vedoucí práce JUDr. Karel Kašpar.

CHMELÍK, Jan a kol. *Mravnost, pornografie a mravnostní kriminalita*. 1.vyd. Praha: Portál, 2003. 208s. ISBN 80-7178-739-6

JUAN, Stephen. *Lidský mozek podivuhodný a záhadný*. 1.vyd. Praha: nakladatelství Železný, 2000. 215s. ISBN 80-240-1524-2

KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. 1. vyd. Úřad Vlády České republiky, 2003. 319s. ISBN 80-86734-05-6

KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. 1. vyd. Úřad Vlády České republiky, 2003. 343s. ISBN 80-86734-05-6

KEUTHEN, Nancy, STEIN, Dan, J., CHRISTENSON, Gary, A. *Help for Hair Pullers: Understanding and Coping with Trichotillomania*. Oakland: New Harbinger Publications, 2001. 184s. ISBN 1-57224-232-9

KRAMBEER, L., L., et al. *Methadone therapy for opioid dependence*. American Family Physician, 2001, vol. 15, s. 2404-2410.

KRÁLÍKOVÁ, Eva. *Tabák a závislost na tabáku*. In: KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. 1. vyd. Úřad Vlády České republiky, 2003. 319s. ISBN 80-86734-05-6

KOUTEK, Jiří a KOCOURKOVÁ, Jana. *Sebevražedné chování*. 1.vyd. Praha: Portál, 2003. 127s. ISBN 80-7178-732-9

KOVÁŘ, Petr a kol. *Sexuální agrese*. Praha: Maxdorf s.r.o., 2008. 292s. ISBN 978-80-7345-161-5

LADISHOVÁ, Lorraine C. *Strach z jídla*. Bratislava: Epos, 2006. 159s. ISBN 80-89191-53-3 GROGAN, Sarah. *Body image – Psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., 2000. 186s. ISBN 80-7169-907-1

LINK, B.,G. et al. *Public knowledge, attitudes, and beliefs about homeless people: evidence of compassion fatigue*. In: American Journal of Community Psychology, vol. 23, s. 533 - 555

LIBRA, Jiří. *Krizová intervence*. In: KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. 1. vyd. Úřad Vlády České republiky, 2003. 319s. ISBN 80-86734-05-6

MAREK, Jakub, STRNAD, Aleš a HOTOVCOVÁ, Lucie. *Bezdomovectví v kontextu ambulantních sociálních služeb*. 1.vyd. Praha: Portál, 2012. 176s. ISBN 978-80-262-0090-1

MINAŘÍK, Jakub a PÁLENÍČEK, Tomáš. *MDMA a jiné drogy „technoscény“*. In: KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. 1. vyd. Úřad Vlády České republiky, 2003. 319s. ISBN 80-86734-05-6

MINAŘÍK, Jakub. *Opioidy a opiáty. Stimulancia*. In: KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. 1. vyd. Úřad Vlády České republiky, 2003. 319s. ISBN 80-86734-05-6

MIOVSKÝ, Michal. *Konopné drogy. Halucinogenní drogy*. In: KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. 1. vyd. Úřad Vlády České republiky, 2003. 319s. ISBN 80-86734-05-6

MUNKOVÁ, Gabriela. *Sociální deviace*. 1.dotisk 1.vyd. Praha: Karolinum, 2004. 134s. ISBN 80-246-0279-2

NEŠPOR, Karel. *Zůstat střízlivý: Praktické návody pro ty, kteří mají problém s alkoholem, a jejich blízké*. 1.vyd. Brno: Host, 2006. 240s. ISBN 80-7294-206-9

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000. 152s. ISBN 80-7178-432-X

NEŠPOR, Karel, CSÉMY, Ladislav a PERNICOVÁ, Hana. *Zásady efektivní primární prevence*. Praha: Sportpropag, 1999. 40s. Grantový projekt MŠMT ČR RS 97 096 „Výchova ke zdraví na základních školách s důrazem na prevenci problémů působených návykovými látkami“.

NEŠPOR, Karel, PERNICOVÁ, Hana a CSÉMY, Ladislav. *Jak zůstat fit a předejít závislosti*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999. 120s. ISBN 80-7178-299-8

NEŠPOR, Karel a MARHOUNOVÁ, Jana. *Alkoholici, fetišti a gamblerští*. 1. vyd. Praha: Empatie, 1995. 110s. ISBN 80-901618-9-8

NOVÁK, Tomáš. *Mnohem menší dareba, než jste čekali*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. 128s. ISBN 978-80-247-5069-9

ONDREJKOVIČ, Peter a kol.. *Sociálna patológia*. 3.vyd., doplnené a prepracované. Bratislava: Veda, 2009. 577s. ISBN 978-80-224-1074-8

PONĚŠICKÝ, Jan. *Agrese, násilí a psychologie moci v životě i v procesu psychoterapie*. 2. vyd. Praha: Triton, 2010. 172s. ISBN 978-80-7387-378-3

POPOV, Petr. *Alkohol*. In: KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. 1. vyd. Úřad Vlády České republiky, 2003. 319s. ISBN 80-86734-05-6

SOTOLÁŘ, Alexander. *Legislativa České republiky o omamných a psychotropních látkách se zvláštním zřetelem na trestněprávní aspekty*. In: KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. 1. vyd. Úřad Vlády České republiky, 2003. 319s. ISBN 80-86734-05-6

SOCHŮREK, Jan. *Vybrané kapitoly ze sociální patologie, II. díl – Sociálně patologické jevy*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2001. 46s. ISBN 80-7083-495-1

ŠEVČÍK, Drahomír a ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Domácí násilí*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. 192s. ISBN 978-80-7367-690-2

TITTLE, Charles, R., PATERNOSTER, Raymond. *Social Deviance and Crime: An Organizational and Theoretical Approach*. Los Angeles: Roxbury publishing company, 2000. 727s. ISBN 1-891487-37-x

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 2. vyd. Praha: Portál, 2000. 444s. ISBN 80-7178-496-6

VÁGNEROVÁ, Marie, CSÉMY, Ladislav a MAREK, Jakub. *Bezdomovectví jako alternativní existence mladých lidí*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2013. 339s. ISBN 978-80-246-2209-5

VIEWEGH, Josef. *Sebevražda a literatura*. 1.vyd. Brno: Psychologický ústav Akademie věd České republiky, Nakladatelství Tomáše Janečka, 1996. 282s. ISBN 80-85880-10-5

WHO. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: Health Organization, 1992. 267s.

ZELINSKI, Ernie J. *Nebojte se nepracovat*. 1.vyd. Praha: Portál, 2003. 176s. ISBN 80-7178-782-5

Internetové zdroje:

Zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů.

Dostupné z : www.mzcr.cz/dokumenty/zakon-c-sb_1965_1051_3.html

Denní střediska – Středočeský kraj. In: iKatalogy [online]. 2009. [cit. 2016-02-22].

Dostupné z: <http://ikatalogy.nidm.cz/katalog/socialne-patologicke-jevy/bezdomovectvi/denni-strediska?kraj=stredocesky>

Domácí násilí – Středočeský kraj. In: In: iKatalogy [online]. 2009. [cit. 2016-02-22].

Dostupné z: <http://ikatalogy.nidm.cz/katalog/socialne-patologicke-jevy/domaci-nasili?kraj=stredocesky>

Týrání a zneužívání dětí – Středočeský kraj. : In: iKatalogy [online]. 2009. [cit. 2016-02-22].

Dostupné z: <http://ikatalogy.nidm.cz/katalog/socialne-patologicke-jevy/tyrani-a-zneuzivani-deti?kraj=stredocesky>

Šikana – Středočeský kraj. In: iKatalogy [online]. 2009. [cit. 2016-02-22]. Dostupné

z: <http://ikatalogy.nidm.cz/katalog/socialne-patologicke-jevy/kriminalita-a-delikvence/sikana?kraj=stredocesky>

Drogy a jiné závislosti – Středočeský kraj. In: iKatalogy [online]. 2009. [cit. 2016-02-22].

Dostupné z: <http://ikatalogy.nidm.cz/katalog/socialne-patologicke-jevy/drogy-a-jine-zavislosti?kraj=stredocesky>

Kontakty a adresy na organizace, které se zabývají prevencí, krizové linky. In: SŠ, ZŠ

a MŠ speciální Rakovník [online]. © 2011. [cit. 2016-02-22]. Dostupné z: <http://www.zsrako.cz/Oskole4.aspx>

ÚZIS. Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. In: Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek [online]. © 2014. WHO/ÚZIS ČR (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2016-02-22]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F10-F19.html>

JANÁČKOVÁ, Zuzana. Pyromanie [online]. 2015. [cit. 2016-02-26]. Dostupné z: <http://www.opsychologii.cz/clanek/177-pyromanie/>

Deník.cz. In: Bezdomovcům pomáhá proti mrazu Teplá židle [online]. 2016. [cit. 2016-04-03]. Dostupné z: <http://www.denik.cz/stredocesky-kraj/bezdomovcum-pomaha-proti-mrazu-tepla-zidle-20160121.html>

9 Seznam použitých tabulek

Tabulka 1 - Statistická data výjezdů ZZS SČK v letech 2010 - 2015	47
Tabulka 2 - Statistická data sociálně patologických jevů ZZS SČK v letech 2010 - 2015.....	49

10 Seznam použitých grafů

Graf 1 - Statistická data výjezdů ZZS SČK v letech 2010 - 2015	48
Graf 2- Statistická data sociálně patologických jevů ZZS SČK v letech 2010 - 2015	49
Graf 3 – Statistika výjezdů k pacientům pod vlivem alkoholu.....	50
Graf 4- Statistika výjezdů k pacientům pod vlivem omamných látek	51
Graf 5 – Statistika výjezdů k pacientům se suicidem včetně sebepoškození	52
Graf 6 - Statistika výjezdů k pacientům pod vlivem domácího a veřejného násilí	53
Graf 7 - Přehled respondentů dle pohlaví	54
Graf 8 - Přehled respondentů dle věkových skupin.....	55
Graf 9 - Přehled respondentů dle pracovního zařazení.....	55
Graf 10 - Přehled respondentů dle délky praxe v Zdravotnické záchranné službě.....	56
Graf 11 - Nejčastější sociálně patologické jevy v praxi	57
Graf 12 - Pacienti pod vlivem alkoholu.....	58
Graf 13 - Pacienti pod vlivem nealkoholových drog.....	59
Graf 14 - Pacienti bez domova	60
Graf 15 - Nárůst výjezdů k pacientům v ebrietě v letech 2010 - 2015	61
Graf 16 - Nárůst pacientů pod vlivem drog v letech 2010 - 2015	62
Graf 17 - Nárůst pacientů bez domova v letech 2010 - 2015	63
Graf 18 - Nejčastější příčiny alkoholové závislosti	64
Graf 19 - Nejčastější příčiny drogové závislosti.....	65
Graf 20 - Nejčastější příčiny bezdomovectví	66
Graf 21 - Vnímaná problematika patologických jevů v praxi	67
Graf 22 - Nabídnutí primární odborné pomoci během výjezdu.....	68
Graf 23 - Výskyt organizací poskytujících bezprostřední pomoc	69
Graf 24 - Závažnost indikace k výjezdu	70
Graf 25 - Sociálně patologické jevy v dokumentaci.....	71

11 Seznam příloh

Příloha A: Pomoc lidem při agresi, násilí, týrání a zneužívání dětí, krizové linky - Středočeský kraj.....	89
Příloha B: Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu	93
Příloha C: Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek.....	94
Příloha D: Pomoc drogově a jinak závislým - Středočeský kraj	95
Příloha E: Pomoc lidem bez domova - Středočeský kraj.....	97
Příloha F: Fotografie ze semináře pro záchranáře	100
Příloha G: Schválení použití dotazníku a dat z databáze Středočeského kraje Zdravotnické záchranné služby.....	101
Příloha H: Rozesílaný dotazník záchranářům ZZS SČK.....	102

Příloha A: Pomoc lidem při agresi, násilí, týrání a zneužívání dětí, krizové linky – Středočeský kraj

Azylový dům Berounka (Cílová skupina klientů: oběti domácího násilí, osoby bez přístřeší, osoby v krizi, rodiny s dítětem/děťmi), *Bezručova 928, Beroun*

Azylový dům Kladno, o.p.s., *Josefa Hory 1971, Kladno*

Azylový dům města Příbram (Cílová skupina klientů: oběti domácího násilí, osoby bez přístřeší, osoby v krizi rodiny s dítětem/děťmi), *Na Vyhlídce 268, Příbram*

Azylový dům Sv. rodiny pro matky s dětmi v Sedlčanech (Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při obstarávání osobních záležitostí, pomoc při kontaktu s úřady, řešení tísnivé situace osamělé matky s dětmi, nalezení vhodného zaměstnání), *Primáře Kareše 432, 264 01, Sedlčany*

Bezplatná anonymní poradna zaměřená na problematiku domácího násilí - MÚ Neratovice - odbor sociálních věcí a zdravotnictví, *náměstí Republiky 400, Neratovice*

Centrum pro pomoc obětem + Intervenční centrum, *Na Dolíku 53, Brandýs nad Labem*

Farní charita Starý Knín (Poradenství, aktivizační služby k prevenci sociálního vyloučení), *nám. Jiřího z Poděbrad 47, Nový Knín*

Intervenční centrum pro osoby ohrožené domácím násilím (Organizace zajišťuje pomoc obětem domácího násilí), *Jana Palacha 1643, Kladno*

Jekhetani Luma – Společný svět, o. s. (Odborné sociální poradenství. Terénní program. Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi. Telefonická krizová pomoc), *Erbenova 790/23, Mladá Boleslav*

Občanská poradna Nymburk, o. s. - Centrum pro pomoc obětem, *nám. Přemyslovců 14/11, 288 02, Nymburk*

Občanské sdružení Život 90 (provozuje souhrn projektů podporující seniory a zdravotně postižené občany s udržení osoby co nejdéle v jejím vlastním sociálním prostředí. Zdravotně sociální služby-projekt Areion – tíšňová péče, sekce krizové pomoci), *Sad Míru 789, Zruč nad Sázavou*

Oblastní charita Kutná Hora - Středisko Racek (Charitativní, humanitární a církevní organizace pro pomoc lidem v nouzi) , *Havířská 403, Kutná Hora*

Poradenské centrum pro pomoc obětem násilí a trestný činů Kolín, *Na pustině 1068, Kolín*

Povídej, o.s. Centrum krizové intervence (Telefonická krizová pomoc - linka důvěry a sociální poradenství v situaci akutní psychické nouze), *Česká 235, Kutná Hora*

Prostor, o.s. (Kontaktní centrum pro uživatele drog a jejich okolí. Sociální programy pro pomoc občanům v obtížné sociální situaci. Terénní program pro rizikové uživatele drog. Primární prevence sociálně negativních jevů), *Kutnohorská 17, Kolín*

Rodinná poradna Kutná Hora (Nabídka služeb rodinné psychologické poradny), *U Lorce 40, Kutná Hora*

Středisko Naděje (Nízkoprahové denní centrum. Noclehárna pro ženy. Noclehárna pro muže. Terénní program - streetwork), *Štyrsova 918, Mladá Boleslav*

Školní poradenské pracoviště ZŠ Březnice, *Rožmitálská 419, Březnice*

Centrum krizové intervence - Povídej o.s. - Linka důvěry (Linka pomoci zaměřena pro celou populaci), *Česká 235, Kutná Hora*

Intervenční centrum (Sociální, psychologické a poradenské služby pro oběti domácího násilí), *Jana Palacha 1643, Kladno*

Kolpingova rodina Smečno, o. s. - Rodinná poradna (Organizace chce svým působením obhajovat na veřejnosti smysl rodiny a její nezastupitelnou roli. Má za cíl provozovat aktivity k podpoře rodiny, zdravých rodinných vazeb a vztahy), *U Zámku 5, 273 05, Smečno*

Kontakt - Klub pro děti školního věku – Poradna (Poradna je určena dětem, mládeži i dospělým, kteří se ocitli v nepříznivé životní situaci, se kterou si neví rady jako jsou konflikty v rodině, výchovné problémy, šikana, domácí násilí, závislosti apod.), *Kosmonautů 302, Mělník*

Sociálně - právní poradna Mělník (Cílem Sociálně-právní poradny Mělník je umožnit lidem, kteří se dostali do nepříznivé životní situace, řešit ji na principech bezplatnosti, nestrannosti, nezávislosti a diskrétnosti; prostřednictvím informací, rad a případné další pomoci), *Dukelská 2668, Mělník*

Poradenské centrum pro pomoc obětem násilí a trestných činů Kolín (Pomoc obětem násilí a trestných činů), *Na pustině 1068, 280 02, Kolín*

Jekhetani Luma – Společný Svět, o.s. (Poskytování sociálního poradenství. Organizace zabývající se především pomoci dětem romského etnika), *Erbenova 790/23, Mladá Boleslav*

Klokánek v Hostivici u Prahy (Provoz zařízení pro týrané děti. Poskytování rodinné péče a odborných sociálních i terapeutických služeb s cílem trvale vyřešit smutný osud dítěte), *Komenského 454, 253 01, Hostivice*

MěÚ Mělník - Oddělení sociálně-právní ochrany dětí, *Náměstí Míru 51, 276 01 Mělník*

MěÚ Neratovice - Odbor sociálních věcí a zdravotnictví, *Nám.Republiky 400, Neratovice*

Občanská poradna Nymburk (Občanská poradna Nymburk, o. s. je registrována jako poskytovatel sociálních služeb dle zákona o sociálních službách), *nám. Přemyslovců 14/11, Nymburk*

Oblastní charita Kutná Hora (Charitativní, humanitární a církevní organizace pro pomoc lidem v nouzi), *Čáslavská 28, Kutná Hora*

Poradna pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy (Poskytování sociálního, manželského a rodinného poradenství. Podpora při hledání optimálního řešení obtížných životních situací), *Masná 55, Mladá Boleslav*

Poradna pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy, *Žižkovo nám. 168/I, Rakovník*

Povídej, o.s. Centrum krizové intervence (Telefonická krizová pomoc - linka důvěry a sociální poradenství v situaci akutní psychické nouze), *Česká 235, Kutná Hora*

Rodinná poradna Kutná Hora, *U Lorce 40, 284 01, Kutná Hora-Šipší*

Speciálně pedagogické centrum (Speciálně pedagogická a psychologická diagnostika, poradenství a terapie), *Na Celně 2, Mladá Boleslav*

Středisko pomoci ohroženým dětem ROSA (Psychoterapie, psychologické Poradenství), *Římská 2846, Kladno*

Školní poradenské pracoviště (Psychologická pomoc, prevence sociálně patologických jevů apod.), *Rožmitálská 419, Březnice*

LINKA BEZPEČÍ – 116 111

řeší školní problémy, šikanu, rasové problémy a týrání

VZKAZ DOMŮ – 800 111 113

Pro děti na útěku

RODIČOVSKÁ LINKA – 840 111 234

řeší výchovné problémy rodičů s dětmi

NAŠE DÍTĚ – 777 800 002

řeší vztahy mezi rodiči a dětmi, linka právní pomoci

DĚTSKÉ KRIZOVÉ CENTRUM (Praha) – 2 4148 4149

řeší problémy týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte

RŮŽOVÁ LINKA BEZPEČÍ – 27 27 36 263

řeší problémy v rodině a ve škole (vzhled, alkohol, drogy a kruté tresty)

KLUB NEDROG Rakovník - 313 512 424, 604 739 121

řeší problémy uživatelů drog

KRIZOVÁ LINKA ANABELL - 848 200 210

řeší problémy s poruchou příjmu potravy, anorexií, bulimií, rady pro nemocné i jejich rodinu

Příloha B: Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu

F10	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu
F10.0	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu - akutní intoxikace
F10.1	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu - škodlivé použití
F10.2	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu - syndrom závislosti
F10.3	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu - odvykací stav
F10.4	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu - odvykací stav s deliriem
F10.5	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu - psychotická porucha
F10.6	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu - amnestický syndrom
F10.7	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu - psychotická porucha reziduální a s pozdním nástupem
F10.8	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu - jiné duševní poruchy a poruchy chování
F10.9	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu - neurčené duševní poruchy a poruchy chování

Příloha C: Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek

F1 0	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu
F1 1	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním opioidů
F1 2	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kanabinoidů
F1 3	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním sedativ nebo hypnotik
F1 4	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kokainu
F1 5	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním jiných stimulancií, včetně kofeinu
F1 6	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním halucinogenů
F1 7	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním tabáku
F1 8	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním prchavých rozpustidel
F1 9	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním více drog a jiných psychoaktivních látek

Příloha D: Pomoc drogově a jinak závislým - Středočeský kraj

AT ambulance, Detoxifikace, Psychiatrická ambulance Substituční léčba, *Smenatova 764, 208 02, Kolín*

Centrum adiktologických služeb (Prevence a léčba drogových závislostí), *Žežická 193, Příbram*

Cesta Řevnice (Všechny návykové látky. Terapeutická komunita s výchovně léčebným režimem pro mládež ohroženou drogovou závislostí), *Sádecká 169, Řevnice*

Helianna o.s. (Občanské sdružení usilující o resocializaci drogově závislých), *Galetova 429, Mladá Boleslav*

Klub Nedrog (Problémy s drogami. Primární protidrogová prevence a práce s rizikovými skupinami dětí a mládeže - volno-časové aktivity, poradenství, krizová intervence), *Na Studánkách 2590, Rakovník*

Magdaléna (Všechny návykové látky. Psychiatrická ambulance se specializací na AT, terapeutická komunita a chráněné bydlení s následným doléčovacím programem), *Včelník 1070, Mníšek pod Brdy*

Magdaléna, o.p.s. (Prevence a léčba drogových závislostí), *Nová pražská 399, 256 01, Benešov*

Magdaléna, o.p.s. (Prevence a léčba drogových závislostí. Mudr. Gabriela Jinochová) , *Smetanova 764, Kolín*

Místní protidrogový koordinátor - Jiřina Rysová, DiS. (Kurátor pro děti a protidrogový koordinátor), *Nám. T. G. M. 1130, Poděbrady*

Nemocnice Rudolfa a Stefanie (Léčba pacientů s návykovým onemocněním, ambulantní detoxikace), *Máchova 400, Benešov*

Občanské sdružení Povídej (Poradenské centrum pro občany v krizi. Linka důvěry) , *Česká 235/36, Kutná Hora*

Oblastní charita Kutná Hora (Středisko Racek - Charitativní, humanitární a církevní organizace pro pomoc lidem v nouzi), *Havířská 403, Kutná Hora*

Ordinace AT pro prevenci a léčbu závislostí, *Bezručova 715, 276 01, Mělník*

Prostor, o.s. (Prevence a léčba závislostí. Kontaktní centrum pro uživatele drog a jejich okolí. Sociální programy pro pomoc občanům v obtížné sociální situaci. Terénní program pro rizikové uživatele drog. Primární prevence sociálně negativních jevů), *Kutnohorská 17, Kolín*

Protidrogová poradna (Bezplatné poradenství v oblasti závislostí na návykových látkách a procesech, zajišťuje a poradenství vykonává Drop-in MUDr.Randák), *Sokolská 139, Kralupy nad Vltavou*

Semiramis o.s. - Centrum terénních programů (Uživatelé návykových látek nealkoholového typu), *Ptácká 162, Mladá Boleslav*

Semiramis o.s., K-centrum (Kontaktní centrum pro osoby, které užívají drogy. Výměna injekčních stříkaček, poradenství, terénní program apod.), *Velké Valtý 995, Nymburk*

Příloha E: Pomoc lidem bez domova - Středočeský kraj

Azylový dům Mělník (V provozu nepřetržitě, určena lidem, kteří jsou bez domova, mužům a ženám starších 18ti let a rodinám s dětmi), *Na Malém Spořilově 820, Mělník*

Noclehárna Mělník (Noclehárna je určena lidem, kteří jsou bez domova, mužům a ženám starším 18ti let), *Na Malém Spořilově 820, Mělník*

Sociálně právní poradna Mělník (Poradenství v oblasti sociální problematiky, bydlení, financí, dluhů, zaměstnání, pracovně právních vztahů, vzdělání, občansko-právních vztahů a trestního práva, rodinných a mezilidských vztahů), *Dukelská 2668, Mělník*

Terénní program Mělník (Azylový dům nepřetržitě, noclehárna, sociálně právní poradna a terénní program. Služba je určena lidem, kteří jsou bez domova, mužům a ženám starších 18ti let a rodinám s dětmi), *Na Malém Spořilově 819/820, Mělník*

Středisko Naděje (Nízkoprahové denní centrum, noclehárna pro muže a ženy, terénní program), *Štyrsova 918, Mladá Boleslav*

Ubytovna pro osoby bez přístřeší Kolín (Provoz celoroční, nepřetržitý), *Polepská 550, Kolín*

ADCH Praha - Azylový dům svaté rodiny (Určeno pro matky s dětmi v nouzi), *Primáře Kareše 432, Sedlčany*

Azylový dům sv. Gerarda pro matky s dětmi v tísní v Brandýse nad Labem (Celoroční. Pro osoby v krizi, rodiny s dítětem / dětmi, osoby bez přístřeší, osoby ohrožené sociálním vyloučením nebo žijící v sociálně vyloučených komunitách, etnické menšiny, imigranti a azylanti, oběti domácího násilí, oběti trestného násilí), *Na Prádle 192, Brandýs nad Labem - Stará Boleslav*

Azylový dům a Dům na půl cesty Berounka (Osoby do 26 let věku, klienti v našem zařízení mohou zůstat 6 měsíců, max. 1 rok), *Bezručova 928, Beroun*

Azylový dům Kladno (Nepřetržitý. Azylový dům Kladno o.p.s je zařízení, které na přechodnou dobu ubytovává a za pomoci širší spolupráce pomáhá hledat další uplatnění pro matky s dětmi v nouzi), *Josefa Hory 1971, Kladno*

Azylový dům Kladno-Dubí (Nepřetržitý. Ubytování pro muže nad 18 let), *Gen. Eliáše 483, Kladno - Dubí*

Azylový dům města Příbram (Pro matky s dětmi a těhotné ženy), *Na Vyhlídce 268, Příbram*

Azylový dům pro bezdomovce Benátky nad Jizerou (Bezdomovci 19 let - 64 let), *Podolecká 191, Benátky nad Jizerou*

CERPOS - Dům na půl cesty (Nepřetržitý. Pobytové služby na přechodnou dobu pro osoby od 18 do 26 let věku), *Nová pražská 399, Benešov*

Církev československá husitská - Dům na půli cesty (Malé zařízení rodinného typu pro maximálně 6 mladých ve věku 18 – 26 let, kteří nemají kde bydlet a ani nemají nikoho, kdo by jim mohl poskytnout pomoc), *17. listopadu 252/43, Říčany u Prahy*

Duhové Atrium (Denní centrum a terénní služba pro osoby bez přístřeší, charitní šatník), *Třebišovská 611, Kutná Hora*

Duhové Atrium - Nízkoprahové denní centrum pro lidi bez domova (Pouze v zimním období. Sociální poradenství - podpora klienta při obstarávání osobních záležitostí u lékaře, na úřadech apod.), *Třebišovská 611, Kutná Hora*

Dům na půl cesty a Dům pro matku a dítě (Pro matky s dětmi a pro mladistvé v krizové situaci), *Benešovská 507, Vlašim*

Dům na půli cesty a Azylový dům pro matky s dětmi (Dočasné ubytování (zpravidla na 12 měsíců) a sociální zázemí pro přechodné resocializační období mladým lidem od 18-ti do 26-ti let), *Pražská 73, Kralupy nad Vltavou*

Dům sociální péče ČČK - OS ČČK Kladno (Jídelna pro důchodce a bezdomovce. Kromě stravování zabezpečuje hygienickou očistu, praní a žehlení prádla, azylové ubytování pro matky s dětmi, ošacovací středisko), *Zd. Petříka 2595, Kladno*

Farní charita Beroun - Azylový dům sv. Jakuba – noclehárna (V zařízení je zajištěna nepřetržitá služba. Příjem klientů je denně 8:00 - 21:00. Příjem klientů zajišťují sociální asistenti. S každým klientem je sepsána smlouva o poskytnutí služby. Noclehárna je určena dospělým mužům bez přístřeší), *Roháče z Dubé 131, Beroun*

Farní charita Beroun - Denní centrum pro osoby bez přístřeší (Poradenství, základní sociální pomoc, klub pro osoby bez přístřeší), *Seydlovo náměstí 24/5, Beroun*

Farní charita Starý Knín - středisko Bratronice (Azylový dům nepřetržitě. Klientům poskytuje osobní asistenci a pečovatelskou službu), *Náměstí Jiřího z Poděbrad 47, Nový Knín*

Letohrádek Vendul (Denní stacionář, chráněná dílna, krizové centrum, doprava klientů, týdenní stacionář), *K Letohrádku 102, Unhošť*

Občanské sdružení R-Mosty (Maximální délka pobytu je 1 rok. Mužům je služba určena pouze ve výjimečných případech a pokud to dovozuje kapacita zařízení), *Nádražní 43, Mladá Boleslav-Čejetický*

Sdružení romských občanů Lysá nad Labem, občanské sdružení - Azylový dům, *Náměstí B. Hrozného 1743/29, Lysá nad Labem*

Sociální a ubytovací služby města Mělníka (Organizace provozuje azylový dům, centrum sociální rehabilitace, noclehárnu, terénní program, potravinovou pomoc, street paper), *Na Malém Spořilově 819, Mělník*

Sociální a ubytovací služby města Mělníka - Noclehárna Mělník (Služba Noclehárna je určena lidem, kteří jsou bez domova, mužům a ženám starším 18ti let), *Na Malém Spořilově 820, Mělník*

Sociální a ubytovací služby města Mělníka - Sociálně právní poradna Mělník (Poskytujeme poradenství v oblasti sociální problematiky (sociální dávky); bydlení; financí a dluhů; zaměstnání a pracovně právních vztahů; vzdělání; občansko-právních vztahů a trestního práva; rodinných a mezilidských vztahů), *Dukelská 2668, Mělník*

Sociální a ubytovací služby města Mělníka - Terénní program Mělník (Azylový dům nepřetržitě. Azylový dům, noclehárna, sociálně právní poradna a terénní program. Služba je určena lidem, kteří jsou bez domova, mužům a ženám starších 18ti let a rodinám s dětmi), *Na Malém Spořilově 819/820, Mělník*

Středisko Naděje (nepřetržitý Nízkoprahové denní centrum, noclehárna pro muže a ženy, terénní program (streetwork), *Štyrsova 918, Mladá Boleslav*

Ubytovna pro osoby bez přístřeší Kolín (Provoz celoroční, nepřetržitý), *Polepská 550, Kolín*

Zařízení sociální intervence Kladno, *Jana Palacha 1643, Kladno*

Zařízení sociální péče města Kolína (Azylový dům nepřetržitě. Azylový dům, nízkoprahová herna pro děti, pečovatelská a aktivizační služba, kontaktní centrum pro osoby závislé na drogách, centrum pro osoby se zdravotním postižením, pedagogicko-psychologické poradenství atd.), *Polepská 550, Kolín*

Příloha F: Fotografie ze semináře pro záchranáře



Příloha G: Schválení použití dotazníku a dat z databáze Zdravotnické záchranné služby Středočeského kraje



**ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA
STŘEDOČESKÉHO KRAJE, P. O.**
Úsek léčebně preventivní péče – věda, výzkum, vzdělávání
Vančurova 1544, 272 01 Kladno
tel. 312 256 601 fax 312 256 610
IČ 75030926

Kladno, 7. 3. 2016

Věc: schválení použití dotazníku a dat z databáze ZZS SČK pro potřeby výzkumu Marty Kindlové na téma výskytu sociálně patologických jevů v ZZS

Martina Kindlová požádala o schválení dotazníku, jeho distribuci mezi zaměstnance a o použití anonymizovaných dat z databáze naší organizace pro potřeby výše uvedeného výzkumu v rámci bakalářského studia.

Účast v dotazníkovém šetření bude pro respondenty zcela dobrovolná a bude zajištěna naprostá anonymita respondentů.

Výzkum v rámci ZZS Středočeského kraje včetně oslovení kolegů (vyplnění dotazníků) a použití souboru dat (zajistí p. Bc. Merhaut, vedoucí ZOS) je povolen.

Zdravotnická záchranná služba
Středočeského kraje
příspěvková organizace
Vančurova 1544, 272 01 Kladno
IČ: 750 30 926
Tel.: 312 256 601

17

MUDr. Jana Šeblová, Ph.D.
Předsedkyně Společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP
Vedoucí lékařka pro vědu, výzkum a vzdělávání
Zdravotnická záchranná služba Středočeského kraje, p.o.
Vančurova 1544
272 01 Kladno
e-mail: jana.seblova@zachranka.cz

MUDr. Jana Šeblová Ph. D.
vedoucí lékař pro vzdělávání

Zdravotnická záchranná služba
Středočeského kraje, příspěvková organizace
Vančurova 1544, 272 01 Kladno

IČ 75030926

Tel. 312 256 601
Fax 312 256 610
e-mail: info@zachranka.cz

Příloha H: Rozesílaný dotazník záchranářům ZZS SČK

Vážení kolegové lékaři, záchranáři a řidiči záchranáři,

Jmenuji se Martina Kindlová, pracuji na ZZS v Berouně jako záchranářka a jsem studentkou 3. ročníku dálkového studia na ČVUT v Kladně obor Plánování a řízení krizových situací.

Ráda bych Vás požádala o několik minut Vašeho času k vyplnění dotazníku, který je anonymní a získané výsledky budou použity v praktické části mé bakalářské práce na téma Vývoj sociálně patologických jevů na území Středočeského kraje z pohledu Zdravotnické záchranné služby.

Zvolte, prosím, vždy pouze jednu odpověď, v případě možnosti připište Vaši odpověď.

Velice děkuji za Vaši spolupráci a ochotu. Martina Kindlová

Pohlaví: muž

žena

Věk: 18 – 28 let

29 – 39 let

40 – 50 let

50 let a více

Pracovní zařazení: lékař/ka

zdravotnický záchranář

řidič - záchranář

Délka Vaší praxe v ZZS : 0 - 5 let

6 - 10 let

11 - 15 let

16 - 20 let

20 let a více

1. S kterým sociálně patologickým jevem se ve své praxi nejčastěji setkáváte?

- a) Alkoholismus
- b) Drogová závislost
- c) Bezdomovectví
- d) Suicidální pokusy
- e) Veřejné a domácí násilí
- f) Jiný

2. Jak často se při své práci v rozmezí 1 měsíce setkáte s pacientem pod vlivem alkoholu?

- a) Ani jednou
- b) 1x – 2x do měsíce
- c) 3x – 4x do měsíce
- d) Více než 5x měsíčně

3. Jak často se při své práci v rozmezí 1 měsíce setkáte s pacientem pod vlivem nealkoholových drog?

- a) Ani jednou
- b) 1x – 2x do měsíce
- c) 3x – 4x do měsíce
- d) Více než 5x měsíčně

4. Jak často se při své práci v rozmezí 1 měsíce setkáte s pacientem bez domova?
- a) Ani jednou
 - b) 1x – 2x do měsíce
 - c) 3x – 4x do měsíce
 - d) Více než 5x měsíčně
5. Domníváte se, že během posledních pěti let došlo k nárůstu výjezdů k pacientům v ebrietě?
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím
6. Domníváte se, že během posledních pěti let došlo k nárůstu výjezdů k pacientům pod vlivem nealkoholových drog?
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím
7. Domníváte se, že během posledních pěti let došlo k nárůstu výjezdů k pacientům bez domova?
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím
8. Jaká je podle vás nejčastější příčina alkoholové závislosti?
- a) Snadný přístup
 - b) Řešení problémů
 - c) Kamarádi
 - d) Zvědavost
 - e) Jiné.....

9. V čem vidíte hlavní příčinu nealkoholové drogové závislosti?

- a) Snadný přístup
- b) Řešení problémů
- c) Kamarádi
- d) Zvědavost
- e) Jiné.....

10. Co je podle vás hlavní příčinou bezdomovectví?

- a) Závislost na alkoholu, drogách nebo jiný sociálně patologický jev
- b) Ztráta majetku
- c) Ztráta domova
- d) Ztráta zaměstnání
- e) Jiné.....

11. Jak vnímáte problematiku výše zmíněných patologických jevů ve své profesi?

- a) Nijak mě nezajímá
- b) Zajímá mě, ale nevím, jak těmto lidem pomoci
- c) Zajímá mě a snažím se těmto lidem nabídnout odbornou pomoc
- d) Při mé práci mě obtěžuje
- e) Nevnímám tuto problematiku

12. Snažíte se během výjezdu pacientům se sociálně patologickými jevy nabídnout následnou odbornou pomoc? (azylové domy, následnou ambulantní péči, bezprostřední krizovou intervenci apod.)?

- a) Ano, pokud pacient projeví zájem
- b) Ano, snažím se pacientovi nabídnout pomoc i pokud nejeví zájem
- c) Ne, tuto pomoc musí vyhledat sám
- d) Jinak.....

13. Nachází se ve vaší oblasti organizace poskytující bezprostřední pomoc např. azylový dům, krizová intervence pro závislé či napadené apod.?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím
- d) Nikdy jsem nezjišťoval/a

14. Podle Vašeho názoru jsou výjezdy k podnapilým pacientům, drogově závislým nebo lidem bez domova?

- a) Vždy indikované
- b) Často indikované
- c) Někdy indikované
- d) Převážně neindikované

15. Řešíte ve vaší dokumentaci otázku sociálně patologických jevů?

- a) Ano, vždy
- b) Někdy
- c) Ne